COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO" N. 27

PAOLO GAIFAMI

Elementi di Ginecologia

CASA EDITRICE LUIGI POZZI ROMA

ELEMENTI DI GINECOLOGIA

Prof. Dott. PAOLO GAIFAMI

DIRETTORE DELLA R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DELL'UNIVERSITÀ DI BARI

Elementi di Ginecologia

Avviamento alla diagnosi ginecologica e Schemi di Terapia

PER

Medici pratici e Studenti

(CON 243 FIGURE)

SUFFICIT ANIMUS

CASA EDITRICE LUIGI POZZI

:: :: :: :: :: :: :: ROMA

PROPRIETÀ LETTERARIA

Roma, 1927 — Tipografia della Camera dei Deputati - Ditta Carlo Colombo.

PREMESSA

Nel licenziare alle stampe questo piccolo libro, chiestomi dal benemerito editore Luigi Pozzi con insistenza, per me lusinghiera, mi preme dire ben chiaro che esso ha solo scopo d'orientamento generale nel campo ginecologico per il medico pratico e per lo studente; non è fatto per gli esperti, i quali non vi troveranno nulla da imparare; non è nemmeno destinato a sostituire i trattati veri, che studenti e medici pratici dovranno ugualmente consultare o studiare; esso vuole volgarizzare i principî elementari che informano la nostra opera ginecologica.

La trattazione è variamente ampia secondo i capitoli ed è stata norma direttiva quella di fermarmi di più sugli argomenti di maggiore interesse pratico. Anche mi è parso utile di riferire qua e là, dove la materia si prestava, qualche caso clinico, sia a documentazione delle affermazioni poste, sia a scopo di distrazione dal peso della esposizione teorica, che, quando è lunga, stanca e non è più seguìta, specialmente dove non c'è il riposo delle figure.

La parte illustrativa è stata curata con una certa larghezza, e devo grazie per gran parte delle fotografie al Dr. Cetroni, mentre per molti disegni originali devo ringraziare oltre allo stesso Dr. Cetroni, i colleghi Schiralli, Matera, Milella; sono inoltre grato all'Editore per la signorilità con cui ha curato questo libro.

Mende e lacune sono inevitabili, dato il genere del lavoro e l'autore; ma confido nel consiglio dei colleghi per toglierle in una nuova edizione.

Intanto spero che questo piccolo manuale troverà ugualmente buone accoglienze fra maestri e amici, e che possa così concorrere ad una migliore pratica della ginecologia e quindi ad una migliore tutela delle nostre donne.

Bari, Maggio 1927.

Paolo Gaifami.

INDICE SISTEMATICO

Premessa . . . . *Pag.* v

NORME GENERALI E DEONTOLOGICHE . . . . » 1

LA ANAMNESI GINECOLOGICA, SUA IMPORTANZA, MODO DI RACCOGLIERLA . . . . » 14

Precedenti famigliari . . . . » 17
Età . . . . » 18
Malattie dell'infanzia . . . . » 18
Data della prima mestruazione . . . . » 20
Caratteri delle mestruazioni successive . . . . . » 20
Ultima mestruazione regolare . . . . » 24
Perdite vaginali abnormi . . . . » 25
Gravidanze, parti, puerperi precedenti . . . . . » 25
Malattie generali pregresse . . . . » 27
Malattie genitali pregresse . . . . » 27
Eventuali interventi operativi o cure pregresse . . . . . . » 28
Vita sessuale . . . . » 29
Dolore . . . . » 30
Sintomi a carico degli organi vicini . . . . » 31
Disturbi a distanza . . . . » 31

L'ESAME OBIETTIVO IN GINECOLOGIA . . . . » 33

L'esame obiettivo generale . . . . » 36
L'esame costituzionale . . . . » 38
L'esame dell'addome . . . . » 40
L'esame genitale . . . . » 44
L'esame combinato addomino-genitale . . . . . . » 50
L'esame rettale . . . . » 54
L'esame vagino-rettale . . . . » 54
L'esame strumentale . . . . » 54
Sondaggio dell'utero . . . . » 58
Trazioni sull'utero . . . . » 61
Esame nella narcosi . . . . » 61
Paracentesi . . . . » 62

Puntura esplorativa vaginale . . . . Pag. 63
Laparotomia esplorativa . . . . » 64
Raschiamento endouterino . . . . » 65
Endoscopia uterina . . . . » 70
Biopsia del collo . . . . » 72
Esami microscopici . . . . » 73
Permeabilità delle trombe . . . . » 74
I raggi X nella diagnosi ginecologica . . . . » 77
Indagini sull'apparato urinario . . . . » 78

SINTOMI PRINCIPALI DELLA PATOLOGIA GINECOLOGICA, LE DIRETTIVE CLINICO DIAGNOSTICHE » 80

Disturbi nella mestruazione . . . . » 80
Mestruazione precoce. . . . . » 80
Mestruazione deviata. . . . . » 81
Criptorrea. . . . . » 82
Amenorrea . . . . » 83
Oligomenorrea . . . . » 85
Menorragia . . . . » 85
Metrorragia . . . . » 87
Metrorragia prima della pubertà . . . . » 88
Metrorragia della pubertà e giovanili . . . . » 88
Metrorragia nell'età feconda . . . . » 91
Metrorragia della menopausa . . . . » 93
Disturbi in rapporto con la menopausa . . . . » 95
Emorragie genitali traumatiche . . . . » 97
Abnormi perdite vaginali . . . . » 97
Dismenorrea . . . . » 101
Dismenorrea membranosa . . . . » 104
Il dolore in ginecologia. . . . . » 105
Prurito vulvare . . . . » 113
Dispareunia . . . . » 113
Aumento di volume del ventre . . . . » 114
La sterilità . . . . » 119

CENNI DI PATOLOGIA GENITALE . . . . » 124

Malconformazioni dei genitali esterni . . . . » 124
Malconformazioni dei genitali interni . . . . » 126
Ipoplasia uterina . . . . » 128
Ciò che si vede ai genitali esterni . . . . » 131
Spostamenti, vizi di posizione e di forma dell'utero . . . . » 137
Prolasso utero-vaginale . . . . » 139
Inversione . . . . » 145
Antiflessione acuta . . . . » 146
Retroflessione uterina . . . . » 149
Ernia dell'utero . . . . » 153
Lesioni traumatiche . . . . » 153
Vizi di circolo, varicocele pelvico . . . . » 157

Processi flogistici. . . . . *Pag.* 158
Vulvovaginiti delle bambine . . . . » 158
Vulvovaginiti delle adulte . . . . » 159
Vulvovaginiti delle vecchie . . . . » 160
Cerviciti . . . . » 161
Endometriti . . . . » 163
Metrite . . . . » 167
Annessite . . . . » 169
Peritonite pelvica . . . . » 177
Parametrite e cellulite pelvica . . . . » 180
La infezione gonococcica . . . . » 185
Tubercolosi genitale . . . . » 189
La sifilide dei genitali femminili . . . . » 194
Actinomicosi, echinococco, parassiti varî . . . . . . » 197
Fibromi. . . . . » 198
Adenomiomi, adenomiositi . . . . » 209
Endometriomi . . . . » 214
Polipi uterini e cervicali . . . . » 215
Cancro del collo dell'utero . . . . » 219
Cancro del corpo . . . . » 222
Sarcoma dell'utero. . . . . » 227
Tumori dell'ovaio e del parovaio . . . . » 228
Dermoidi . . . . » 232
Cistomi ghiandolari e cistoadenomi . . . . » 234
Cistomi sierosi. . . . . » 235
Papillomi . . . . » 235
Cancro dell'ovaio . . . . » 236
Fibroma e sarcoma dell'ovaio . . . . » 237
Sede e complicazione in genere dei tumori ovarici . . » 238
Diagnosi dei tumori ovarici . . . . » 242

LE MODIFICAZIONI GRAVIDICHE E LA PATOLOGIA DEGLI ORGANI GENITALI IN RAPPORTO CON LO STATO PUERPERALE . . . . » 246

Mola vescicolare . . . . » 248
Subinvoluzione uterina . . . . » 249
Iperinvoluzione uterina . . . . » 250
Polipo placentare . . . . » 250
Invasione coriale dell'utero . . . . » 251
Gravidanza extrauterina . . . . » 251
Il corio-epitelioma . . . . » 262
Le complicazioni neoplastiche e flogistiche della gravidanza » 265

LE ASSOCIAZIONI PLURINEOPLASTICHE E NEOPLASTICHE-INFIAMMATORIE . . . . » 271

LA PATOLOGIA DELL'APPARATO URINARIO CHE PIÙ INTERESSA IL GINECOLOGO . . . . » 279

SCHEMI DI TERAPIA GINECOLOGICA . . . . *Pag.* 285
Qualche consiglio di igiene femminile e di profilassi ginecologica . . . . » 285
Qualche generalità di tecnica operativa . . . . » 288
Amenorrea . . . . » 292
Oligomenorrea . . . . » 294
Menorragie . . . . » 294
Metrorragie della pubertà . . . . » 298
Metrorragie in genere . . . . » 298
Metriti emorragiche . . . . » 299
Disturbi generali della menopausa . . . . » 299
Varicocele pelvico . . . . » 300
Leucorrea . . . . » 300
Dismenorrea . . . . » 301
Prurito vulvare . . . . » 304
Vaginismo . . . . » 304
Sterilità . . . . » 305
Ipoplasia uterina . . . . » 307
Antiflessione esagerata e stenosi del collo . . . . » 307
Lesioni traumatiche . . . . » 310
Perforazione dell'utero . . . . » 310
Lacerazione dei fornici . . . . » 310
Lacerazione del collo . . . . » 311
Lacerazione perineale . . . . » 313
Malconformazioni dei genitali . . . . » 313
Prolasso utero-vaginale . . . . » 315
Prolasso della mucosa uretrale . . . . » 320
Inversione dell'utero . . . . » 321
Retroflessione dell'utero . . . . » 321
Malattie varie dei genitali esterni . . . . » 331
Bartolinite . . . . » 331
Cancro della vulva . . . . » 331
Cisti del Bartolini e vulvovaginali . . . . » 331
Condilomi vulvari . . . . » 331
Edema vulvare elefantiasi . . . . » 331
Ematoma vulvare . . . . » 332
Estiomene . . . . » 332
Fibromi vulvo-vaginali . . . . » 332
Idrocele . . . . » 332
Kraurosi vulvare . . . . » 331
Leucoplasia . . . . » 332
Ulcera molle . . . . » 332
Processi flogistici . . . . » 332
Vulvo-vaginiti delle bambine . . . . » 332
Vulvo-vaginiti delle adulte . . . . » 333
Vulvo-vaginiti senili . . . . » 333
Cerviciti . . . . » 334
Erosioni del collo . . . . » 336

Endometrite . . . . Pag. 337
Metrite . . . . » 338
Annessiti, parametriti, peritoniti. . . . . » 338
Tubercolosi genitale . . . . » 342
Blenorragia . . . . » 343
Fibromi, adenomiomi . . . . » 344
Polipi cervicali . . . . » 346
Sarcoma dell'utero . . . . » 347
Cancro dell'utero . . . . » 347
Tumori dell'ovaio . . . . » 350
Gravidanza extrauterina . . . . » 352
Fistole vescico-vaginali . . . . » 356
Mola vescicolare . . . . » 356
Subinvoluzione uterina . . . . » 356
Corioepitelioma . . . . » 356
Complicazioni neoplastiche e flogistiche della gravidanza . » 357
Cistiti, uretriti, disuria . . . . » 357
Ritenzione dell'urina . . . . » 357
Fistole vescico-vaginali . . . . » 357

I PIÙ COMUNI ERRORI GINECOLOGICI DEL MEDICO PRATICO . . . . » 360

INDICE ANALITICO . . . . » 367

NORME GENERALI E DEONTOLOGICHE

Il ginecologo al pari degli altri specialisti deve essere anzitutto medico nel senso esteso della parola.

La conoscenza dei vari mezzi di indagine, sia clinica che di laboratorio, quale è necessaria nelle varie branche della medicina, dovrà essere posseduta prima di avviarsi alla specialità; così come deve essere piena la padronanza dell'anatomia, della fisiologia e patologia generale. Su tali punti e su tutto quanto deve essere acquisito dallo studio preliminare della semeiotica generale medica e chirurgica non dobbiamo quindi intrattenerci; ci limiteremo a esporre solo quello che è patrimonio speciale della ginecologia.

Nell'esercizio di ogni specialità, come in quello della medicina in genere, non ci sono solo dei problemi tecnici da risolvere, ma ci sono delle norme deontologiche, che è bene seguire nel proprio interesse, oltre che in quello del cliente; poichè tali norme si imparano solo a prezzo di una esperienza lunga, non tutta felice, crediamo non inutile premettere qualche accenno preliminare su alcune di esse per iniziare i giovani fra le difficoltà formali del pratico esercizio anche nel nostro campo.

È appena il caso di accennare di sfuggita, perchè intuitivo, che, ancor più delle altre discipline, la nostra richiede una certa penetrazione psicologica, dovendo spesso entrare in particolari della vita intima che male volentieri sono confidati ad estranei; ed occorre rapidamente orientarci in quel dato caso sul contegno da tenere; il quale differirà anche secondo si tratti di giovanette, o di donne anziane, di vergini o di spose; questo sia nella raccolta della anamnesi, sia, ancor più, nel procedere all'esame locale.

Nella grande maggioranza dei casi l'esame genitale è parte integrante delle nostre consultazioni ginecologiche. Senza di esso la diagnosi non è in genere possibile, in mancanza di sintomi patognomonici. Anche quelli più eloquenti si prestano a diverse interpretazioni.

Così ad esempio uno dei dati che fanno subito pensare a un tumore maligno o del collo o del corpo è il presentarsi di emorragie atipiche insorte dopo anni di menopausa; ma avviene qualche volta, mentre ci accingiamo all'esame locale con tale prevenzione, che ci troviamo fortunatamente solo in presenza di un polipo mucoso della *portio* o di un tumoretto fibroso che sta estrinsecandosi dal canale cervicale.

Solo in via eccezionale potremmo accontentarci della esposizione delle sofferenze senza insistere per l'esame locale ed è quando per es. si tratti di menorragie della pubertà, nelle quali la storia, l'aspetto, la costituzione della ragazza, il tipo stesso della perdita ci facciano pensare alla possibilità di disordini generali endocrini, prevalentemente a disfunzioni ovariche, e allora, sopratutto se lo stato generale consenta l'indugio, si potrà tentare qualche cura, anche senza premettere l'esame genitale, che a tale età suscita tanta contrarietà nella malata e negli stessi famigliari.

Ma sono casi eccezionali; perchè nostra norma generica inflessibile deve essere quella di non fare prescrizione alcuna in mancanza di una diagnosi sicura, obiettiva per lo meno.

Niente di più assurdo delle consultazioni ambulatorie o di farmacia in cui tutto finisce con la prescrizione di qualche lavanda vaginale e di pozioni emostatiche!

È un errore che viene spesso amaramente scontato dalle malate, che incappano in tali medici leggieri e noncuranti.

Sopratutto nel campo del cancro dell'utero tale trascuratezza può portare le peggiori conseguenze, facendo passare del tempo prezioso, prima che la insorgenza di altri sintomi chiarisca una diagnosi, che allora poco più importa di fare, e che invece premeva di porre precocemente, quando la cura era ancora possibile.

Non si ripeterà mai abbastanza che ogni emorragia atipica comanda di per sè sola un esame genitale prima di tentare delle cure emostatiche e che l'attendere per la diagnosi le perdite icorose, i dolori, la cachessia, rappresenta un errore dei più gravi.

Si intende che converrà usare della discrezione nell'invito alle malate a farsi esaminare genitalmente; se esse non presupponevano la necessità di una visita locale, può essere che non siano «pronte», ossia che non si ritengano in istato di pulizia, sia genitale, sia delle biancherie intime, da farsi vedere.

È raro che l'urgenza della visita prema tanto; sarà allora questione di convincere le malate che essa occorre; non si somministrerà alcun medicamento e si inviterà alla visita in un giorno successivo da destinarsi.

Questo capita nell'esercizio del medico generico, più che non in quello del ginecologo, poichè se le malate vanno già da uno specialista, sanno anche il genere di visita che debbono subire e si preparano...

Altra ragione di ritegno troviamo talora nella presenza di perdite di sangue o della stessa mestruazione, e questo avviene anche nell'esercizio della specialità.

Avviene talora che malate venute magari da lontano per la visita si accorgono poi che la mestruazione, magari anticipando sul previsto, è comparsa proprio allora; superato il ritegno femminile, non c'è però alcuna ragione vera per non fare la visita locale; specialmente nella tecnica corrente, in cui gli esami strumentali (sondaggio compreso) sono ridotti al minimo, non esistono pericoli; tutto al più sarà sufficiente avere una maggiore cura nella asepsi delle mani.

Se c'è tempo, del resto, poco male anche a rimandare la visita. Invece irrazionale è l'uso di attendere la fine di qualche emorragia per andare dal medico. Così succede o che la donna arriva poi dissanguata addirittura, oppure che si perde comunque del tempo prezioso in casi per es. di tumori maligni, in cui ogni giorno di ritardo può essere esiziale.

Un'avvertenza utile è pure quella della opportunità di non accingersi all'esame genitale soli; non si sa mai con chi abbiamo a che fare. Non sono rari i casi di isteriche, che poi possono gettare accuse di immoralità e discredito sul ginecologo. Se non siano presenti dei famigliari, che accompagnano la donna, è bene che alla visita assista la infermiera.

Del resto la maggior parte delle malate viene accompagnata da famigliari, dalla levatrice, dal proprio medico e la presenza di alcuno dei più intimi è desiderata dalla donna stessa. È vero che a volte la presenza di terze persone può rendere più guardinga la malata nel racconto delle sue sofferenze; la abituale tendenza a tacere qualche elemento anamnestico aumenta, mentre a quattr'occhi la confidenza sarebbe forse maggiore; ma d'altra parte la presenza dei genitori, del marito o del curante rende più preciso il raccogliere i dati sull'infanzia, sulle malattie pregresse, su quelle eventuali del marito, ecc.

In certi casi non si deve forzare troppo la donna alla visita genitale, se ci accorgiamo o se siamo avvertiti che si tratti di soggetto neuropatico o in preda a psicopatie. Anche in giovani a tipo semplicemente nervoso, eccitabile, può essere che il trauma psichico della visita sia dannosamente risentito. In tali casi o si rinunzia all'esame, quando ci pare che non ne derivi danno, ovvero si *ricorre alla narcosi*, quando ci attendiamo dati importanti: per es. riconoscimento di uno spostamento uterino a cui si pensi di attribuire valore patogenetico nella malattia nervosa, ovvero se ci sia da sospettare la presenza di un tumore, maligno o no, comunque tale da richiedere delle cure razionali dirette.

Nella anamnesi ginecologica forse più che in altre cozziamo spesso contro lacune e reticenze o addirittura contro versioni inesatte o contrarie al vero. Quante volte un'anamnesi raccolta da un medico differenzia, magari per dati importanti, da quella riferita il giorno dopo o poche ore dopo ad un altro!

Non è fare offesa al sesso gentile riconoscere che le malate bene spesso ci deviano dalla retta diagnosi tacendo in buona o mala fede particolari del massimo interesse; specialmente tutto ciò che ha rapporto con la vita sessuale e che ha importanza fondamentale nel nostro campo quante volte viene deformato! Basterebbe per tutte la negazione ostinata oltre ogni evidenza della possibilità di un concepimento, negazione che è alla base di gran numero di errori diagnostici, i quali poi fanno fare le grasse risate al pubblico sapiente!

Ne vediamo ogni giorno si può dire e a volte ne derivano danni gravi per le stesse donne; queste arrivano fino ad essere sottoposte anche ad interventi operatori, restando zitte o reticenti!

Un caso istruttivo racconta per es. Rubin di una ragazza sofferente da anni di ulcera gastrica con ematemesi, e che ora aveva notato un periodo di amenorrea con riacutizzazione del vomito e aumento progressivo del volume del ventre. L'imene intatto e impervio al dito faceva prestare fede alla versione della ragazza della impossibilità di un fatto gravidico, al quale era stato pensato per il volume e la forma dell'utero; ne venne che una serie di medici dei migliori aveva finito per diagnosticare un tumore uterino od ovarico complicato da una pregressa ulcera gastrica; e la donna era arrivata fino quasi alla vigilia di una laparotomia, sempre negando ogni rapporto sessuale; fu allora consultato anche il Rubin e questi senza lasciarsi impressionare dai dinieghi della ragazza, di fronte alla pastosità della massa addominale e alla corrispondenza con la data della amenorrea, consigliò una radiografia; ebbene questa dimostrò che esisteva un feto già riconoscibile radiograficamente. La *via crucis* della ragazza non sarebbe stata più breve se avesse confessato ? E gli errori per converso dei medici non sarebbero stati meno numerosi se si fossero ricordati che dobbiamo essere sempre in sospetto a tale riguardo ?

Un caso altrettanto istruttivo vedemmo nella clinica di Siena nel novembre 24. Una giovane sposa di 30 anni venne da noi chiedendo consiglio per delle perdite sanguigne irregolari non copiose ma insistenti, che la tormentavano da oltre un mese; aveva dolori al basso ventre, specialmente a sinistra; affermava che non era preceduto alcun ritardo mestruale; e la anamnesi puntava sempre su codesto punto, poichè in passato le mestruazioni erano state sempre regolari e si sa che, nella grandissima maggioranza, tali irregolarità mestruali in donne nell'età feconda sono legate a una fase gravidica. E quando all'esame genitale si trovò una tumefazione pastosa all'annesso sin., e si insistette nella richiesta, per porre fine a tale ordine di indagine la donna quasi seccata tenne a ricordare un dato di fatto che, secondo lei e i parenti che l'accompagnavano, era conclusivo; ossia che il marito suo era in America da un anno.

Sicchè si finì per lasciare andare via la malata ricordandole di ritornare se le perdite fossero seguitate. Stette a casa oltre un mese e nel frattempo notò dolori vivi più accentuati nelle prime due settimane e un aumento dell'addome riconoscibile anche da sè stessa per il disegnarsi di una tumefazione nella regione soprapubica. Ritornata finalmente a noi, poichè non aveva avuto che pochi decimi di febbre serotina, e al posto della piccola tumefazione tubarica sentita al primo esame si palpava ora una enorme massa occupante la pelvi e di consistenza tipica pastosa come quella degli ematoceli, si insistè nel domandare se c'era stata possibilità di una gravidanza, ottenendone nuovi dinieghi, anche in colloqui fatti senza la presenza dei famigliari. Si seppe dopo che non avendo avuto una netta amenorrea la donna non voleva credere che uno strappo alla fede coniugale le fosse costato tante pene e avesse dovuto metterla a sì grave cimento, perchè l'atto operativo divenne ben più grave dato il tempo, ormai lontano, dell'inizio dell'ematocele, e le aderenze ormai tenacissime che si dovettero scollare.

È inutile insistere su codesto punto, tanto è di nota universale conoscenza. Bisogna però che il medico non se ne dimentichi al momento opportuno ! (1)

---

(1) Non bisogna nemmeno credere ciecamente alla efficacia dei mezzi antifecondativi. Io ho visto a tale riguardo un caso molto istruttivo: una signora durante la amenorrea da allattamento usava farsi applicare uno dei famigerati pessari a chiodo e si riteneva al sicuro

Anche un altro avvertimento non sarà fuori luogo:

Errori, eccessi, pervertimenti dei rapporti sessuali stanno a base di una quantità di lesioni, talora anatomiche (flogosi) talora funzionali (congestioni p. es.) dell'apparato genitale; non è a credere che le malate ce ne riferiscano senz'altro; dobbiamo noi ricercarle; e non dimentichiamo le varie modalità di neomaltusianesimo. Coito interrotto, irrigazioni vaginali immediatamente dopo il rapporto sessuale, spugne e pessari antifecondativi di ogni sorta entrano largamente nel provocare lesioni genitali ma altrettanto frequentemente essi sono mentiti o taciuti.

Bisogna pensarci e con garbo chiederne, ove si veda che la fenomenologia che conduce a noi la malata possa essere riportata a tale categoria, e magari lo faremo solo in qualche visita successiva, dopo avere saputo cattivarci le confidenze della malata.

Come va ricordata la delicatezza di certe indagini nel campo della vita sessuale, così non bisogna scordare la avvedutezza di cui occorre talora far prova quando si voglia indagare circa a malattie specifiche, quali la blenorragia e la sifilide, che sono tra le cause più frequenti di lesioni genitali.

Sopratutto allora guardarsi dal portare inutilmente discordia o dissapori nelle famiglie (1); è sempre possibile lo stesso fare una cura coscienziosa e specifica senza turbare l'animo dei famigliari; è questione

---

da ogni gravidanza; ora avvenne che un certo momento fu colta da crisi violente addominali, con difesa, meteorismo, e fatti di shok che portarono il medico curante al pensiero di una peritonite; tanto più che la nozione dell'uso del pessario era nel medico giustamente associata alla conoscenza che ne possono derivare danni notevoli, fino alla peritonite, avendo proprio da poco letto nella *Clinica Ostetrica* (pag. 288, anno 1925) una relazione di casi di morte e di infezioni dopo il tubetto intrauterino (17 morte per peritonite, 70 annessiti, ecc.).

Chiamato a consulto io fui impressionato del predominio dello stato di anemia, con versamento libero dimostrabile nel ventre; e rilevai la esistenza di un modico stillicidio sanguigno dalla vagina, iniziato qualche giorno prima della crisi; esisteva anche la colorazione livida ombellicale; non c'era stato mai, nemmeno inizialmente, rialzo termico da pensare a un fatto settico: posi senz'altro la diagnosi di emoperitoneo da gravidanza extrauterina, non lasciandomi deviare dalla pratica antifecondativa usata. L'intervento dimostrò la esattezza della diagnosi: esso fu eseguito sulla donna quasi morente per una nuova crisi, ma fu in tempo salvatore. In quel caso a spiegare l'insuccesso del pessario c'era una profonda lacerazione bilaterale del collo, che evidentemente rendeva la occlusione incompleta. A deviare dalla esatta diagnosi aveva anche concorso la mancanza di una netta amenorrea, ma, come si vedrà più avanti, questo è abbastanza frequente. Deve sempre imporsi e guidare il quadro della anemia acuta.

(1) Non sempre i dissapori restano famigliari! Vi sono casi, in cui ne sono venuti danni al medico. Nel *Paris Médical* (n. 30, 1924) è riportato un caso recente: una donna blenorragica aveva chiesto al medico un certificato della sua malattia all'insaputa del marito; ne derivò una questione famigliare complicata dal fatto che mentre la donna accusava il marito di averle causata la malattia, il marito a sua volta sosteneva che la moglie doveva essere stata contagiata da un terzo! Alla fine però i due coniugi si riconciliarono e – d'accordo ora! – intentarono una causa al medico per rifusione dei danni derivati dall'avere egli determinato gravi dissapori in famiglia per colpa del certificato, che egli aveva rilasciato alla donna senza il consenso del marito. È vero che la Corte di Rouen, investita del caso, rigettò la istanza (perchè un medico deve dare a tutti la sua opera e non può rifiutare un certificato chiesto) ma si comprende che non sono mancate delle noie al medico protagonista della avventura. Conclusione: sarà sempre bene stare in guardia!

di tatto: qualche volta sarà il caso di interpellare a quattro occhi il marito; magari colla scusa di dovergli dare una risposta su un esame microscopico, lo si farà ritornare o si profitterà del momento che la donna procede alla sua toilette; altre volte la indagine riservata va fatta con la sola donna, ma bisogna prima guadagnarsene la confidenza.

La diagnosi ginecologica, se talora è facile e non richiede per così dire nessuno sforzo mentale, talora obbliga a difficili diagnosi differenziali e bene spesso ci lascia incerti. Ci sono invero delle diagnosi di estrema difficoltà, sia per le condizioni intrinseche alla lesione, dato che il reperto obiettivo è suscettibile di varia interpretazione, sia per fattori estrinseci, quali la resistenza delle pareti addominali troppo spesse o non cedevoli o le lacune nella anamnesi anche meglio condotta.

Così è per es. quando all'esame genitale sentiamo una massa dura fibrosa tondeggiante accanto ad un utero un po' ingrossato e irregolare, e pensiamo ad un fibroma sottosieroso dell'utero, mentre poi all'atto operativo riscontriamo che trattavasi di un fibroma dell'ovaio associato a piccoli nodi fibrosi dell'utero, i quali tuttavia passavano in seconda linea; anche avviene talora di percepire nettamente una consistenza cistica in una massa occupante la pelvi, sì da far pensare a un tumore ovarico mentre invece la laparotomia fa trovare un fibroma cistico.

E gli esempi si potrebbero moltiplicare. Che la diagnosi sia spesso difficile, nessuno può essere più convinto di chi abbia famigliarità con la camera operatoria.

Questa ci dà la possibilità del controllo immediato alle nostre diagnosi e, come è stata ragione dei progressi attuali nella diagnostica ginecologica, è anche motivo a farci prudenti, perchè vediamo spesso un insieme di fattori associarsi per farci deviare talora dalla retta diagnosi. È per converso questa mancanza del controllo che fa molti medici facili alle diagnosi. Non si comprende altrimenti la franchezza con la quale molti esercenti, che fanno in prevalenza della piccola ginecologia medica, affermano le loro diagnosi anche in casi che a noi, più esperti, risultano o non chiare o di ben diversa interpretazione. Avviene cioè che la mancanza del controllo anatomico alle loro sensazioni e interpretazioni dà loro una specie di sicurezza baldanzosa, che i fatti non giustificano punto. Accade qualche cosa di simile a quanto vediamo fra gli internisti pratici, che non frequentano più le sale anatomiche. Quando mai sentiamo esporre dei dubbi diagnostici? E non vediamo invece spesso celebrati maestri e clinici di grido sentirne sempre il bisogno, poichè anche a loro capita di avere cambiata o completata la loro diagnosi dalla necroscopia? Ora l'errore nel nostro campo spesso implica indirizzo terapeutico completamente diverso. Così sopratutto nel campo della radioterapia, quante volte non capita di vedere delle cisti irradiate come fossero dei fibromi, solo perchè il radiologo ha voluto improvvisarsi anche ginecologo?

La diagnosi ginecologica, abbiamo detto, è spesso facile, ma talora è di estrema difficoltà.

Per ridurre al minimo le possibilità di errori dobbiamo anzitutto essere sistematici; sia nella raccolta completa della anamnesi minuziosa, sia nel ricercare il reperto obiettivo; non bisogna precipitare il proprio giudizio; come non bisogna cercare la diagnosi rara; meglio è restare nel campo delle probabilità maggiori.

Inoltre si deve rammentare la utilità degli esami ripetuti ad una certa distanza fra di loro.

Questo suggerimento è fondamentale p. es. in tutti i casi in cui ci sia sospetto di gravidanza; allora seguiremmo l'eventuale accrescimento del volume dell'utero; anche può rendere i più preziosi servizi nel campo puro ginecologico, sia per il concetto diagnostico, sia per la natura del male, sia per trarne norme direttive di terapia.

Ecco un caso istruttivo di personale osservazione nella clinica di Siena.

In una vecchia, denutrita, decrepita, con delle febbriciattole e dolori addominali, il clinico medico aveva rilevato delle masse bernoccolute occupanti i quadranti inferiori dell'addome e richiese perciò il parere del ginecologo; questi, con un esame un po' frettoloso, senza tanto indugiarsi sulla anamnesi, solo impressionato dalla magrezza estrema, dalla diffusione della tumefazione addominale, prevenuto quasi che dovesse trattarsi di una neoplasia maligna, non diede peso alcuno ai dati anamnestici, e si limitò al reperto di masse occupanti tutto il bacino e diffuse nella cavità addominale, con gangli molteplici grossi duri agli inguini, per pronunciare un giudizio di condanna.

Orbene quale non fu la meraviglia e l'interno scorno del ginecologo sentendosi chiamato dopo un paio di mesi a rivedere la donna, che egli aveva condannato ! Il clinico medico non palpava più le masse che l'avevano allarmato la prima volta e chiedeva di nuovo i lumi del collega, non so se proprio in buona fede... Ebbene si dovette riconoscere che la tumefazione era davvero in via di regressione notevole, l'utero atrofico non si sentiva nel suo corpo, il collo ipertrofico si affacciava alla vulva ma i parametri erano diventati liberi. Evidentemente si era trattato di un processo flogistico che aveva preso punto di partenza dall'utero prolassato, come risultò poi dalla anamnesi, che riferiva di frequenti stati di leucorrea purulenta, notati dalla malata da qualche anno, da quando appunto aveva notato il prolasso. Qui siamo in tema di un vero errore diagnostico da fretta, da presunzione di una diagnosi di probabilità, da trascuratezza della anamnesi: ma era certo al primo momento un caso di difficile interpretazione mentre più tardi chiunque arrivava alla diagnosi, anche il primo medico negligente e avventato.

Ricordiamo dunque che un esame solo spesso non basta; è utile rivedere la malata dopo un certo tempo per osservarla in mutate condizioni, per seguire la evoluzione del reperto obiettivo, per far nel frattempo sorvegliare la temperatura, ecc. L'esame a distanza è uno dei coefficienti più importanti per la esattezza della diagnosi; d'altronde se ci sono diagnosi urgenti, ve ne ha anche di non urgenti.

Ci sia anche permesso di aggiungere che ci sono casi in cui tanta raffinatezza diagnostica non ha importanza, per il medico pratico. Una volta che sia stata trovata una lesione ginecologica di rilievo, che necessita un atto operativo o per la quale necessita un parere di un competente, a che serve che il medico pratico cerchi di più affinare

la diagnosi? Sopratutto cerchi allora di non far del male e questo spesso lo farebbe se usasse troppo largamente la sonda uterina per identificare l'utero, non bene percepito (pericolo d'infezione), o se facesse un esame troppo rude (in una gravidanza ectopica potrà avere il risultato di rompere la sacca tubarica). Questo non vuol dire già che si suggerisca una specie di pigrizia mentale tale da far tralasciare al medico la ricerca di una diagnosi; si dice solo: ricordatevi che la diagnosi spesso è difficile, talora è impossibile; non dimenticate che c'è chi ha maggiore competenza, e che non è un demerito l'invocarne l'aiuto; non cercate di attendere che le diagnosi si chiarisca anche a voi, come in casi di ulcerazioni del collo diventati cancri inoperabili nell'attesa.

Problema importante, oltre quello della diagnosi ginecologica, è di ricercare il rapporto etiologico fra la eventuale lesione genitale trovata e la fenomenologia che ha portato a noi la malata.

A volte la lesione genitale è un reperto accidentale concomitante, che non ha alcuna responsabilità del sintoma dominante.

Così p. es. accade talora che in donne lamentantisi per dolore lombare accessuale la coesistenza di una retroflessione dell'utero faccia pensare ad essa come causa e resti misconosciuto un calcolo renale o una diatesi artritica.

Così dicasi dei casi di sterilità, in cui si incolpi una trovata antiflessione acuta dell'utero e se ne proponga la operazione senza aver indagato sul marito, che ha invece nel suo passato una orchite bilaterale più che sufficiente a dare la infecondità.

Un campo poi vastissimo nell'esercizio corrente di errata discriminazione dei rapporti fra malattia locale e sintomatologia si ha nel valutare le erosioni della *portio*, la cosidetta piaga del collo.

Come vanno invero le cose nel più dei casi? Una donna sofferente alla sfera genitale, o che pensa di esserlo riportando ad essa disturbi a distanza (dolori, deperimento, astenia, ecc.), viene sottoposta dalla levatrice o dal medico all'esame genitale. Senza tanto approfondire la anamnesi, senza perfezionare il riscontro vagino addominale, l'uno o l'altra passano ben presto alla applicazione del loro bravo speculum: ed ecco lì la famosa piaga o macchia, che viene senz'altro incriminata come patologica e responsabile di tanti guai. Trovato il reo, trovato il rimedio; senza tante esitazioni, la pratica routinière non transige: e giù lavande vaginali a non finire, giù medicazioni locali o applicazioni dei famosi ovuli all'ittiolo, ecc.

Poco male in fondo, se si tratta davvero di semplici erosioni; tutto al più, se esse sono l'esponente di un processo flogistico diffuso metritico o annessiale, non guariranno o solo transitoriamente, se non si tolga la causa prima; ben peggio però quando sotto l'apparenza di erosioni si celino lesioni specifiche o neoplastiche per le quali codeste cure non rappresentano che una dannosa perdita di tempo; male anche quando poi non ci sia alcun rapporto fra la sintomatologia predominante e la piaga. In tal caso non solo si fa opera inutile, ma talora anche dannosa, se in donne a temperamento neuropatico; perchè si finisce per polarizzarne troppo la mente sull'apparato sessuale fino

a creare delle forme di psicopatia ginecologica, mentre sana opera del medico dovrebbe essere quella di deviare l'attenzione di tali malate dalla sfera genitale.

Uno dei pericoli cioè in questo campo è di fare opera o inutile o anche dannosa, quando il male vero non è tutto in quella piaghetta. Casi dimostrativi del genere sono frequentissimi. Uno mio, recentissimo, si riferisce a una pluripara che, due anni dopo un parto, cominciò ad avere delle febbricole serotine con decadimento organico progressivo; la sua levatrice, riscontrata una piaga all'utero, fece di sua iniziativa lavande vaginali e medicazioni all'ittiolo; successivamente un medico generico confermava diagnosi e cure; solo dopo oltre due anni, capitata finalmente la signora dal ginecologo, questi non trovò sufficiente il reperto genitale a spiegare il quadro morboso e, fatta fare una radiografia del torace, potè riconoscere la esistenza di una tubercolosi dei gangli ilari. In un altro caso, dolori lombari, pure messi in relazione con una erosione cervicale, si riconobbero in dipendenza invece di una pielite.

Perchè mai pensare del resto a una influenza patogena così a distanza? Se ci si parla di leucorrea, se ci si dice di stillicidi sanguigni seguenti ai rapporti sessuali, allora può ben essere nella *portio* la causa; ma se ci siano dolori ai quadranti inferiori, perchè chiamare in causa l'erosione cervicale quando si dovrà invece farne colpa ad una flogosi degli annessi?

Ma è inutile l'esemplificare più oltre. Ci basti riaffermare che esiste un gran numero di casi, in cui quello che è un reperto per così dire accidentale, minaccia di acquistare un posto che non gli spetta, con la conseguenza per lo meno di concentrare un vano sforzo terapeutico sul povero collo, colpevole solo di avere una innocente erosione, e, a volte, magari nemmeno questa, ma solo di essere un po' beante per conseguenza dei parti pregressi.

Dolcezza di modi, urbanità, desiderio di non spaventare le ammalate sulla reale entità dei loro disturbi sono ottimi coefficienti pel successo professionale; ma, quando ne sia il caso, bisogna accoppiare la fermezza persuasiva necessaria ad evitare guai peggiori. Nessuna violenza sta bene; ma nemmeno un eccesso di arrendevolezza, quando si sappia che esso possa avere in sè effetti dannosi.

Esempi del genere sono molto frequenti.

Uno dei più eloquenti fu seguìto poco tempo fa a Siena in una signorina di 52 anni, che, dopo due anni di menopausa, aveva riveduto comparire delle perdite atipiche di sangue, modiche ma insistenti, senza però alcun scadimento dello stato generale. Un distinto ginecologo riuscì, dopo molte insistenze, a vincere la riluttanza alla visita genitale, che la semimonacale zitella opponeva. L'esame fu dovuto compiere nella narcosi, sia per la rigidità dell'imene, sia per lo stato psichico della paziente. Il medico, trovato allora il collo completamente sano, rassicurò la famiglia sulla mancanza del male più temibile a cui prima era andato il suo pensiero, cioè il cancro del collo; ma non dimenticò nello stesso tempo di prospettare la opportunità di assicurarsi pure delle condizioni dell'endometrio. Propose

perciò un raschiamento diagnostico endouterino. Ma la signorina oppose le sue rimostranze al nuovo esame, spalleggiata in ciò dai famigliari, che non volevano persuadersi dell'insidia, che poteva covare, anche senza dolori e senza per allora deperimento dello stato generale. Or avvenne che un anno di poi, durante il quale le emorragie genitali persistettero sempre, cominciarono anche le condizioni generali a farsi deperite, le forze andavano man mano esaurendosi, non ostante le iniezioni quasi quotidiane ricostituenti. La famiglia decise di sentire il mio parere. Io trovai bensì ancora sano il collo dell'utero e il corpo solo di pochissimo maggiore della norma, tenuto conto che si trattava di una nullipara e in menopausa, ma rilevai in vagina, sulla parete posteriore a circa tre cm. dalla vulva, la presenza di un nodo duro sottomucoso evidentemente neoplastico, se pur ancora non ulcerato. Era ormai chiaro che eravamo di fronte a un cancro del corpo, che aveva già determinato delle metastasi vaginali, il che fu facilmente constatato con la biopsia del nodo, dimostrante un tipico adenocarcinona. Le condizioni generali della donna erano ormai così deperite da far pensare come inutile ogni tentativo di intervento: dolori fortissimi continui, vomito ostinato, parlavano per una diffusione a distanza già avvenuta. E i fatti diedero ragione perchè dopo poche settimane la malata si spense.

Orbene in codesto caso, se è mancato il buon volere da parte della malata, non è mancata forse un po' di energia anche da parte del ginecologo, che pure al cancro del corpo aveva pensato ? Bisognava insistere e non acquietarsi alla prima riluttanza dei famigliari. Se si fosse incusso nella famiglia un pò di maggiore paura per il possibile decorso successivo, si sarebbe fatto un gran bene alla donna, che sarebbe tempestivamente stata sottoposta alla isterectomia e con buon esito definitivo, come suole avvenire in questi casi di cancri del corpo, operati in buone condizioni generali e locali.

È superfluo dire che più che sulle malate si deve agire sui famigliari. Mentre quelle devono venire risparmiate da ogni paura e sopratutto dal sapere che sono portatrici di un male, quale il cancro, di una terribilità tanto popolare, i parenti devono invece esserne informati, sia perchè il giudizio diagnostico del medico non sia subito smentito o da altri o dal decorso del male, ben presto fatale, sia perchè, nei casi in cui è ancora possibile fare o tentare di fare del bene, questo tentativo non sia frustrato dalla arrendevolezza dei famigliari alla pusillanimità della malata, come nel caso su riportato ad esempio.

La condizione del medico è certo delicata e difficile; occorre guardarsi dai due estremi: il facile semplicistico ottimismo e il pessimismo ad oltranza.

C'è medici che si fanno una fama di terroristi; dipingono sempre tutto coi più brutti colori; ce n'è altri che vedono troppo roseo; i disinganni non tardano, agli uni e agli altri, perchè gli eventi si incaricano presto o tardi di dire la verità !

Attenti a non pensare male e, peggio, a non dire male di un collega solo perchè la sua diagnosi non corrisponda alla nostra; anzitutto, prima della constatazione *de viso* quale permette solo la operazione, non sappiamo chi ha veramente ragione; inoltre non dobbiamo dimenticare che un esame eseguito in tempi diversi può avere modificato il reperto obiettivo facendo p. es. apparire degli elementi, fondamentali per la diagnosi, che prima non erano così facilmente rilevabili.

Sopratutto non dimenticare che le differenze potranno diventare molto grandi quando la distanza di tempo dall'uno all'altro esame sia pure notevole.

Esempi a tale proposito sono quasi di ogni giorno. Uno fu già riferito parlando della necessità di una certa energia nel nostro esercizio professionale, di fronte alle esitazioni delle malate o dei famigliari a sottoporsi ad interventi che riteniamo necessari per la vita. Difatti in codesto caso bella bravura per l'ultimo ginecologo a far diagnosi di cancro del corpo uterino se si trovava ormai di fronte a una cachettica e a delle metastasi vaginali? Tutto questo mancava al momento del primo esame.

Un caso più dimostrativo ancora avemmo pure a Siena ed è interessante anche dal punto di vista terapeutico.

In una donna di 43 anni, con menorragie cospicue da più mesi, era stato riscontrato un utero poco più grosso della norma, duro, in posizione normale; data l'età prossima alla menopausa e dato che c'era anche qualche perdita di sangue atipica intermestruale si credette bene di fare un raschiamento; e, risultato esso negativo, si sottopose la malata alla radioterapia colla dose di castrazione ovarica.

Per quattro mesi le mestruazioni cessarono e con esse ogni abnorme perdita di sangue; la donna si credeva guarita, quando nell'agosto fu colta da una violenta emorragia accompagnata da dolori a tipo di colica uterina. Tornata in clinica, si trova che il collo è svasato e all'orificio esterno fa capolino un nodetto fibroso come una nocciola, il corpo dell'utero al disopra appariva di volume presso che regolare. Seduta stante il polipo fibroso fu asportato e si ebbe poi la guarigione, che si ha fondamento di ritenere definitiva.

Orbene in tale caso il primo ginecologo che non aveva rilevata la presenza del nodetto fibroso era davvero colpevole di insufficienza od era proprio tanto più bravo il secondo che arrivava a cose così semplificate?

Certo per il grosso pubblico, sopratutto negli ambienti piccoli, casi del genere fanno, come si dice, chiasso e possono procurare delle piccole celebrità locali con le conseguenti fortune, come viceversa possono determinare giudizi cattivi sul primo medico. Ma se tale deformazione del retto giudizio avviene per forza di cose nel pubblico profano, guardiamoci almeno noi dall'associarvisi. Io ripeto sempre ai miei allievi di non dimenticare l'*Hodie tibi cras mihi!*

Non sarà anche inutile l'avvertire che nel grosso del pubblico una terminologia diversa può far pensare a una divergenza diagnostica, anche quando invece questa in realtà non sussiste. Quando per esempio si vede un villico stupirsi della contraddizione apparente fra « ipoplasia uterina, antiflessione rigida dell'utero, utero infantile, stenosi del collo » o nel linguaggio popolare « utero piccolo, storto, stretto » dovremo far intendere che la diagnosi è proprio concordante: il nome è diverso, solo perchè si dà preminenza all'uno o all'altro fattore... ma ci sono tutti e tre! Così un medico parlerà di peritonite pelvica, un altro di annessite, o di ovarite o di salpingite; solo con della malignità si potrebbe non mettere d'accordo le varie diagnosi...

Ricordarsi infine nei riguardi dei colleghi che spesso le malate non si accontentano del giudizio di un solo medico; sopratutto quando si tratta di proposte di interventi operativi è nell'osservazione quotidiana assistere a una specie di pellegrinaggio da uno ad altro specialista;

stare in guardia dal pronunziare giudizi ostili o irriguardosi; rammentare che se la malata viene da noi dopo un altro, può anche avvenire che da un altro vada dopo noi; il precetto del non fare ad altri quello che non si vorrebbe, deve avere estesa applicazione.

Il giudizio prognostico deve completare la diagnosi ed è la parte che più forse interessa al pubblico che richiede la nostra opera. Esso vuole bensì il nome del male, ma sopratutto desidera sapere se e come guarirà.

Le norme generiche al riguardo non si discostano da quelle insegnate nella medicina e chirurgia in genere; ad esse ci si atterrà per ciò che ha attinenza alla prudenza, alla necessità di non spaventare la malata o la famiglia e alla opportunità per converso di non far nascere illusioni che sarebbero presto deluse.

Già si è accennato che alle malate di tumori maligni, condannate in un tempo più o meno prossimo, sarebbe inutile crudeltà dire il male, così temuto anche nella tradizione popolare; con la interessata si cercheranno delle perifrasi, si parlerà di infiammazioni, p. es.; però ai famigliari si dovrà porre in chiaro la diagnosi e la prognosi infausta a scanso di essere più tardi accusati di incompetenza.

Così si cercherà di dissimulare le complicazioni a distanza non sicure.

Stare in guardia sopratutto nella prognosi riguardo alla *possibilità di gravidanze future;* troppe volte i fatti hanno smentito le opinioni nostre !

Si dirà che le condizioni trovate rendono *meno facile* la gravidanza, non si assicurerà o sconforterà (secondo i casi) nessuna donna. In genere la persistenza della mestruazione deve già trattenerci da un giudizio pessimistico in tale senso; e nemmeno la amenorrea, perfino quella primaria, è sufficiente, perchè sono descritti casi di donne non mai mestruate, che pure ebbero prole.

Si intende che qui si discorre sulle generali: se si tratti di donna a cui siano state asportate le due ovaie o che sia stata sottoposta a isterectomia o nella quale esista un'atresia completa genitale allora il giudizio sarà sicuro; si vuole solo insistere sulla prudenza massima in questo genere di prognosi (1).

---

(1) Non è fuori luogo ricordare a questo riguardo, che ci sono casi, i quali hanno fino dell'inverosimile.

Non alludiamo alle donne che restano gravide, pur dopo una sterilizzazione tubarica, fatta non solo con la legatura semplice, ma anche con la sezione della tromba e perfino con la asportazione di un segmento di essa; queste sono eventualità relativamente frequenti, tanto che ne sono derivate delle norme di tecnica operatoria volte a rendere meno illusoria la sterilizzazione (per esempio con la peritonealizzazione del moncone uterino, con l'esclusione dell'ovaio dalla cavità peritoneale, ecc). Vogliamo invece riferirci ai casi singolari di donne, che, dopo essere già state operate successivamente a destra e a sinistra per gravidanza tubarica, vanno incontro ad una terza gravidanza extra-uterina nel moncone residuo oppure, fatto anche più singolare, presentano proprio ora una gravidanza uterina. Eccezionalissimo, ma osservato, il caso di una gravidanza dopo salpingectomia bilaterale per annessite, avutasi grazie al saldarsi di un tratto di ovaio residuo alla porzione interstiziale della tromba corrispondente.

Quando poi indichiamo la opportunità terapeutica di operazioni siamo interrogati sui pericoli e sulla efficacia loro.

Per alcune condizioni la risposta è facile.

Ci sono operazioni tipiche, nelle quali la certezza del successo con le attuali condizioni di perfezionamento sia per la tecnica della sterilizzazione, che di quella operatoria, e della narcosi, i pericoli sono così scarsi, eccezionali anzi, che si può dare come sicuro il successo senz'altro.

Per converso ce ne sono altre, nelle quali la gravità dell'intervento è tale che la mortalità postoperatoria non è indifferente (cancro, piosalpinge, ecc.). Piccole operazioni, come plastiche vagino-perineali, dilatazioni del collo, raschiamenti, portano con sè così minimi pericoli che non è il caso nemmeno di accennarli, quando, si intende, si trovino le condizioni permittenti a farli (p. es. nelle plastiche, esclusa la condizione di setticità dei genitali; nei raschiamenti, esclusa la presenza di lesioni flogistiche degli annessi).

Ogni intervento laparotomico è senz'altro più delicato, come ogni operazione che richiede una anestesia e la apertura del ventre; ma anche in questo campo bisogna distinguere caso da caso; una laparotomia per una retroflessione mobile puerperale è di prognosi ottima, una per fibroma mobile o per cisti ovarica piccola, spostabile, è pure di lieta prognosi; ma la riserva è invece doveroso sollevarla quando si tratti di un retroflessione flogistica con lesioni annessiali, sia nei riguardi della durata della convalescenza, sia nei riguardi della vita stessa, sia infine circa alla possibilità della conservazione della integrità dell'apparato genitale. Anche questo è un punto da non dimenticare. Ho visto delle donne farsi operare perchè sterili e finire poi con la perdita addirittura anche della mestruazione; avvertire sempre per avere le mani libere all'atto dell'intervento.

Questo dicasi pure per le operazioni di fibromi, quando si pensi di poter fare la miomectomia, magari multipla; dovremo limitarci a dire che saremo il più possibile conservatori, ma difficilmente potremo a priori *assicurare* che lasceremo un utero funzionante. Qualche riserva bisogna pure farla, anche in rapporto con le sorprese laparotomiche.

Si intende che vanno anche valutate le condizioni generali, di nutrizione e di ematosi; lo stato dell'apparato circolatorio; la funzione renale; ecc.; e ciascuna condizione va messa in rapporto con il tipo delle operazioni da eseguire, nonchè con il carattere di indicazione vitale o meno di esse (operazioni di necessità, come nei tumori maligni; operazioni di lusso, come nella sterilità, ecc.).

L'ANAMNESI GINECOLOGICA
SUA IMPORTANZA - MODO DI RACCOGLIERLA

La diagnosi ginecologica poggia, come quella di ogni altra branca delle mediche discipline, sulla razionale raccolta dei dati anamnestici, sul rilievo esatto dei reperti obiettivi, e sulla sagace discriminazione dei singoli sintomi.

La importanza della anamnesi è varia; v'ha un gran numero di lesioni ginecologiche che sono rilevabili direttamente senza alcun lavoro induttivo o interpretativo, sì che allora la anamnesi interviene se mai per chiarire il meccanismo di insorgenza, la patogenesi, più che non il problema diagnostico in se stesso; altre volte invece la raccolta minuziosa, intelligente, accurata, dei dati anamnestici è fondamentale per indirizzare alla diagnosi; talora perfino rappresenta l'elemento predominante se non l'unico.

Gli esempi sono facili, per così dire di ogni giorno, sia per l'uno che per l'altro tipo.

Ecco qui una malata con un prolasso completo dell'utero nella vagina arrovesciata; la donna stessa se ne accorge per la sporgenza alla vulva via via più accentuata di una massa carnosa ai genitali che dà molestie meccaniche e impaccio nella stessa deambulazione, durante la quale la massa ha tendenza a farsi più voluminosa; inutile in tale caso attardarsi nella anamnesi completa minuziosa; la diagnosi diretta è immediata; abbiamo per così dire tutto sotto i nostri occhi e le nostre mani; si tratterà piuttosto di vedere se predomini il cistocele sul rettocele, se ci sia allungamento ipertrofico del collo, se l'utero sia retroflesso o in buona posizione. La anamnesi in questo e simili casi potrà solo illuminarci su particolari precedenti, sul numero dei parti, sul modo loro se spontanei o artificiali, ecc., ossia ci fornirà elementi utili, ma in fondo accessori; la stessa differenziazione fra la più comune varietà di prolasso, quello puerperale, e le forme più rare – quella congenita e sintomatica – deriverà perfettamente già dall'esame obiettivo, che deve in ogni caso essere completo non solo ai fini della diagnosi, ma anche nei riflessi del piano operatorio.

Ecco qui invece il caso opposto. Si tratta di una malata che, dopo un ritardo di pochi giorni nella mestruazione e dopo aver da qualche tempo notato delle perdite di sangue nerastro ai genitali, è colta all'improvviso da crisi violenta dolorosa ad uno dei quadranti inferiori dell'addome, con deliquio; e successivamente presenta segni manifesti e progressivi di anemia

acuta; ebbene in tal caso non esitiamo a vedere nella stessa storia elementi sufficienti per la diagnosi di emoperitoneo da gravidanza extrauterina.

L'importante qui è la raccolta della anamnesi, sopratutto di fronte al fatto che spesso il ritardo nella mestruazione è scarso o è mentito dall'apparire di perdite sanguigne vaginali erroneamente interpretate come mestruali dalla donna.

E l'anamnesi è fondamentale perchè la diagnosi poggia su essa, dato che spesso il sussidio dell'esame genitale riesce negativo o per lo meno dubbio. Non è già che non abbia importanza anche qui l'esame obiettivo; ma questo solo genericamente per attestarci dell'anemia acuta e del dolore nella sede annessiale, talora per la dimostrabile presenza di versamento libero nel ventre (raramente anche per la colorazione bluastra dell'ombellico o per il dolore alto, alle spalle, che di recente sono stati messi in valore da parecchi osservatori); ma l'esame ginecologico non sempre corrisponde. A ciò contribuiscono molti fattori; anzitutto la reale scarsa entità della lesione anatomica tubarica; non è raro infatti che l'usura della parete tubarica, causa di catastrofico emoperitoneo, si abbia su una tromba non più grossa di un indice e per un tratto limitato del suo decorso; d'altronde bisogna pensare alla dolorabilità della regione e alla conseguente difesa muscolare; e ancora, che, nei casi sospetti, per tema di provocare ulteriori rotture della tromba o comunque nuove emorragie (distacco di provvidenziali aderenze p. e.) ci guardiamo dal fare un esame troppo approfondito; ed ecco come, anche in mani esperimentate, talora l'esame combinato ginecologico non riesce probativo; eppure, di fronte a una anamnesi del tipo di quella su riferita, non ci restano lo stesso esitazioni diagnostiche e nemmeno indugi sulla condotta terapeutica: l'intervento.

Fra i due esempi portati, che stanno a così dire all'estremo delle possibilità, c'è la grande massa dei casi nei quali anamnesi e esame ginecologico si integrano a vicenda; assumendo l'uno o l'altra valore preponderante secondo le speciali contingenze.

Vediamo invero molte volte essere i rilievi obiettivi di non univoca interpretazione; così per esempio di fronte a tumefazioni degli annessi accade spesso di poter decidere sulla loro natura solo se a conoscenza del modo di insorgere della malattia, del decorso della temperatura, dei dati mestruali, dei precedenti morbosi generali e ginecologici.

Raccogliere l'anamnesi è quindi un compito spesso fondamentale anche per il ginecologo; perciò occorre soffermarsi alquanto su questo punto. Riconosciamo bensì che si tratta di una attitudine che va acquistata con l'esercizio, col tatto clinico, con la esperienza più che con la lettura di norme didattiche; ma ci pare utile segnare alcune linee direttive e alcuni accorgimenti dettati dalla pratica. S'intende che ci soffermeremo sopratutto su quanto interessa più specialmente il nostro campo.

Accenniamo appena alle estreme varietà dei soggetti che ci si presentano: troviamo donne loquaci che fanno una grande quantità di chiacchiere e spesso deviano raccontando fatti o presunte cause che subito appaiono fuori campo; altre che stanno lì mute, rispondono a mala pena a monosillabi alle domande che si rivolgono; sembra perfino che non siano venute a chiederci il nostro parere! Ve n'è che giungono accompagnate da amiche, da parenti oltrechè dal marito; talora la funzione di riferimento dei malanni che le portano a noi è allora data ai

parenti; ed è difficile di riuscire piano piano a fare parlare direttamente la interessata. Occorre destreggiarsi in modo vario secondo i tipi.

Lasceremo parlare più o meno a lungo la paziente secondo che ci accorgiamo della sua intelligenza, della sua precisione e cercheremo di interrompere opportunamente quella che dimostri una eccessiva verbosità, inutile ai fini diagnostici. Qui l'esperienza ci giova anche a risparmiare tempo, pur riuscendo ugualmente completi e « senza scontentare » le malate, le quali talora rimangono male, « poco soddisfatte » del medico, se questi non le sta a sentire.

Di solito si comincia con la anamnesi prossima; anzi addirittura a chiedere quale sia il disturbo che porta la donna dal medico o che ha dato motivo alla nostra chiamata. A nessuno del resto che sia chiamato p. es. per una crisi dolorosa addominale o per una emorragia verrebbe in mente per prima cosa di chiedere quanti anni abbia la malata o di che malattia siano morti i genitori. Sono magari dati interessanti, ma che raccoglieremo poi man mano che la anamnesi si sviluppa e che ci si viene disegnando il concetto diagnostico.

Talora ci bastano poche battute di dialogo per orientarci; e se mai ci riserviamo di completare la nostra indagine più in là nel corso stesso o dopo l'esame genitale.

Questo è p. es. il caso quando ci si presenta una donna anziana, la quale ci racconta che dopo molti anni dalla menopausa ha cominciato a rivedere delle perdite di sangue dai genitali; inutile allora perdersi in tante parole; bisogna ricorrere all'esame diretto dei genitali e vedere se ci sia o no la lesione, che subito dobbiamo sospettare, cioè il neoplasma maligno.

Ma certo anche qui ci si incontra con malate a psicologia diversa. E bisogna tenere conto della delicatezza della nostra indagine; per molte donne è una vera grave sofferenza doversi sottoporre all'esame genitale; non è difficile riconoscerle queste pavide, preoccupate tutrici del loro pudore sessuale; allora non sarebbe buona norma avviarci senz'altro all'esame genitale, ma bisognerà magari trattenersi seco loro a parlare un po' più a lungo chiedendo particolari che per altre potremmo anche ritenere superflui, o lasceremo libera la briglia al loro racconto che è magari preparato a guisa di un discorso; cercheremo insomma di guadagnarci prima la confidenza della donna, facendoci vedere pazienti, compresi del suo stato di animo.

Questo è sopratutto il caso per il medico pratico; non sempre le malate che si recano da lui pensano che sarà proprio necessario procedere all'esame genitale e non sono magari preparate (v. pag. 2); meno di frequente succede al ginecologo, giacchè la gran parte delle malate viene da noi già predisposta alla noia dell'esame obiettivo locale. Ve ne sono poi che espressamente ci chiedono di osservare il loro utero, al quale esse medesime riferiscono i loro disturbi, magari senza ragione; ve ne sono che vengono addirittura per avere delucidazioni su una piaghetta del collo dell'utero già vista dalla levatrice o dal medico; qui poche parole di orientamento anamnestico basteranno e procederemo senz'altro all'esame obiettivo, salvo poi ritornare su questo o quel punto della anamnesi che la lesione trovata ci faccia desiderabile di chiarire.

Abbiamo accennato poco addietro al modo abituale di contenerci nella pratica quotidiana: vogliamo qui aggiungere che, se riconosciamo così i bisogni del pratico esercizio nel non insistere sulla condotta rigida ordinata della anamnesi dottrinale, è tuttavia ben necessario che lo schema teorico completo ordinato della raccolta anamnestica sia perfettamente conosciuto, in modo che non vengano dimenticati fatti magari essenziali. Solo se questo schema sia famigliare al medico non gli avverrà di tralasciare l'indagine su elementi la cui trascuranza potrebbe trarre ad errori diagnostici; si tratterà poi d'approfondire più l'uno o più l'altro punto secondo il caso; ma è bene abituarsi a essere completi anche se talora, per forze di cose, si debba variare l'ordine delle domande.

I seguenti punti sopratutto interessa d'approfondire nella anamnesi ginecologica:

Antecedenti famigliari;
Età;
Malattie della infanzia specialmente a carico dell'addome;
Data della prima mestruazione e caratteri di essa;
Caratteri, periodo, durata, quantità, dolori, ecc., delle mestruazioni successive;
Ultima mestruazione regolare;
Perdite vaginali abnormi: leucorrea, perdite sierose, ematiche, icorose, ecc.;
Gravidanze, parti, puerperi e loro decorso;
Malattie generali pregresse;
Malattie genitali pregresse;
Eventuali interventi operativi;
Vita sessuale (dolori, pratiche contracezionali, libido, ecc.);
Stato generale;
Disturbi a carico della vescica, del retto e dei singoli apparati organici.

Vediamo ora i valori da dare a codesti singoli punti nella diagnosi ginecologica.

Precedenti famigliari.

Una delle consuetudini più costanti è di ricercare la ereditarietà di tumori maligni o benigni; nella tradizione popolare tale trasmissione è più spesso riaffermata che non paia documentata dal lato medico.

Certo capita spesso di imbatterci in malate che ci dicono di volersi assicurare su disturbi anche piccoli della sfera genitale, essendo impressionate perchè la madre era morta di un cancro dell'utero. In realtà, dicevamo, è forse più frequente nel nostro campo trovare una specie di famigliarità nei fibromi uterini che non nei cancri dell'utero.

Sono ormai molti gli operatori che ebbero ad osservare o ad operare la madre e più figlie, oppure parecchie sorelle tutte affette da fibromi (1).

---

(1) Anche ultimamente nella clinica di Siena io operai due sorelle di miomectomia ed esse avevano già avuto una loro sorella operata, qualche anno prima, nella clinica di

Un rapporto nuovo, tuttavia male spiegabile con le nostre attuali cognizioni, aveva creduto di rilevare il Mangiagalli trovando una particolare frequenza di fibromi in donne nate da madre cancerosa, ma non mi risulta che le sue affermazioni abbiano avuto seguito.

Forse più importante nella pratica è la ricerca della ereditarietà riguardo alla sifilide ed alla tubercolosi. Della prima non dobbiamo dimenticarci, sopratutto quando siamo di fronte a menorragie apparentemente solo funzionali o a distrofie endocrine varie.

E alla seconda dobbiamo pensare sopratutto nelle amenorree od oligomenorree oppure quando esistono lesioni annessiali, alle quali manchi l'elemento eziologico più comune cioè la blenorragia o l'origine settica puerperale.

Età.

Premettiamo l'avvertimento, elementare del resto, e di comune nozione, che la ricerca dell'età va fatta con il dovuto riguardo alla suscettibilità femminile. Se proprio interesserà, si potrà cercare di conoscere gli anni della malata per via indiretta, p. es., chiedendo quanti anni ha il primo bambino e poi se la gravidanza è seguìta subito al matrimonio, a quanti anni risaliva questo e così via.

D'altronde vorremmo anche aggiungere che non c'interessa proprio la precisione ufficiale, ma ci può bastare il criterio generico che ci fa facilmente riconoscere la fanciulla dalla donna matura, la sposa dalla donna che ha ormai varcato l'età feconda.

Ciò posto, soggiungiamo che emorragie, tumori, ulcerazioni, fanno pensare a lesioni maligne quando compaiono nell'età avanzata, mentre queste sono eccezionali nella gioventù; in questa gli eventuali, ed eccezionali tumori, fanno pensare ai sarcomi.

Così è vario secondo l'età il significato dell'amenorrea; al di là dei 45-50 anni, si penserà alla menopausa; nell'età feconda, ad una gravidanza; nell'età giovanile a malattie generali e sopratutto alla tubercolosi, sia polmonare che genitale.

D'altronde il criterio dell'età va anche tenuto presente nel giudizio del volume dell'utero che si sa andare aumentando nell'età feconda, per raggiungere un massimo nei casi di donne pluripare, per dar luogo infine ad una nuova diminuzione nella vecchiaia.

Malattie dell'infanzia.

Nell'indagare le malattie che possono aver colpito la donna nell'infanzia o nella pubertà ci deve essere sopratutto presente la frequenza con la quale possono localizzarsi nell'addome e nell'apparato genitale

---

Firenze, mentre un'altra, più giovane, cominciava ad essere sofferente di menorragie. A Bari, nel 1925, operai una signorina che aveva avute già operate di fibroma ben 4 zie materne di 1° e 2° grado e una cugina pure per parte di madre.

In quella famiglia in due generazioni su 10 donne se ne sono avute 8 con tumori nella sfera genitale (7 fibromi, 1 tumore ovarico) – v. MERLINI, *La Clinica Ostetrica*, 1926, pag. 547.

delle affezioni tubercolari. Le ricerche più recenti (fondamentali quelle di Pestalozza ed Alfieri, fra noi) hanno invero dimostrato come lesioni tubercolari o postumi di esse si trovino con frequenza a base di svariate forme di dismenorrea, di oligo- od amenorrea, di sterilità, concetto questo importante per evitare interventi vaginali, inutili ai fini funzionali, talora dannosi per la riaccensione possibile di un processo non ancora spento.

Ora in alcuni casi, o dall'ammalata o dai parenti, si fa espressa menzione di peritoniti tubercolari pregresse o per lo meno di versamenti liquidi addominali a volte riassorbitisi da sè, a volte curati con paracentesi.

Altre volte si risuscita solo il ricordo di « febbri viscerali » ad andamento torpido, con tendenza a ripetersi e allora se indagheremo bene potremo rintracciare periodi di distensione del ventre o manifestazioni ghiandolari cervicali, sì da farci pensare che le cosidette febbri viscerali o intestinali non fossero se non manifestazioni attenuate di tubercolosi addominale.

Qualche cosa di simile è da presumere anche per certi casi che ci vengono riferiti come di tifo, specialmente se nei primissimi anni di vita.

Il reperto operatorio in parecchi di tali casi ci ha convinto più volte che il presunto tifo dell'anamnesi lontana non doveva essere che una tubercolosi (1).

In molti di questi casi infatti, indagando bene, si trova che la malattia è durata molti mesi con gonfiore dell'addome con dolori, ecc.

Questo non vuol dire che qualche volta non si tratti davvero di tifo, che anzi l'osservazione clinica ha potuto dimostrare la facilità di ripercussioni sull'apparato genitale, anatomiche o funzionali, per effetto di una vera e sicura infezione tifosa.

Molte altre malattie infettive, del resto, possono avere ripercussioni sull'ovaia, sull'utero, sulla vagina. Ricordiamo, fra tutte, la scarlattina

---

(1) Un caso interessante da questo lato ebbi modo di operare pochi mesi or sono.

Si tratta di una giovane di 18 anni; un parto (col forcipe) nel gennaio 1922 fu seguito da puerperio subfebbrile; da allora dolori ai quadranti bassi dell'addome con varie alternative di intensità, intollerabili da qualche mese; rialzi termici quasi continui, l'anno scorso molto elevati, fino a 40°. Precedenti blenorragici, e reperto positivo per il gonococco nel muco cervicale.

Nel maggio '24, pare per metrorragia, raschiamento endouterino; da allora *non più mestruazioni;* è escluso che nel raschiamento sia stato adoperato caustico alcuno.

Risulta però che proprio in quell'epoca la donna avrebbe sofferto di pleurite e di *tifo* (diagnosi ospedaliera).

All'esame ginecologico manifesti postumi di peritonite pelvica con annessite bilaterale. Dopo un lungo periodo di osservazione per arrivare alla apiressia, intervento laparotomico, con diagnosi di forma tubercolare. Ora l'atto operativo ci mise in possesso di un magnifico esemplare di tubercolosi utero-annessiale con una endometrite ulcero-caseosa che spiegava bene la amenorrea fatalmente incurabile. E si vide anche che esisteva una vecchia peritonite diffusa tubercolare. Ora come non pensare che il presunto tifo, coincidente press'a poco con la pleurite e la amenorrea, non fosse invece la peritonite tubercolare che si stava indovando?

Non sempre la dimostrazione anatomica è possibile così chiara; bisogna però pensarci. Ad ogni modo approfondendo la diagnosi si può trovare qualche elemento al riguardo.

(con facili emorragie e ulcerazioni vaginali) e il colera. La stessa malaria è talora in giuoco. Questa indagine sulle malattie dell'infanzia e della pubertà, a sede addominale, va specialmente affinata nelle lesioni in genere d'insufficienza utero–ovarica o quando troviamo postumi di processi infiammatori annessiali, per i quali ci manchi la dimostrazione di una etiologia blenorragica o puerperale.

Data della prima mestruazione.

Nelle nostre regioni, nelle giovani sane, l'inizio della mestruazione è dai 12 ai 15 anni: è nozione diffusa la maggiore precocità nelle classi agiate e nelle città, in confronto colla campagna e colle classi più povere; così è notorio il comparire nei paesi caldi prima che nei climi freddi: ma a questo riguardo non si dimentichi che il patrimonio ereditario prevale sulle condizioni ambientali, come lo dimostra l'osservazione delle negre precoci (8-10 anni) anche se nate in Europa e viceversa delle Inglesi che, pur nate in India, mestruarono solo attorno ai 15 anni. Un inizio normale della mestruazione e un susseguirsi regolare di tale funzione è in genere segno di buon equilibrio organico ed endocrino, oltre che di normalità genitale.

Disturbi del ricambio (polisarcia, diabete, disturbi uricemici), disfunzione endocrina (acromegalia, mixedema, Basedow–Flajani, distrofia adiposo-genitale) si riverberano dannosamente sullo istituirsi e sul regolare succedersi della funzione mestruale; nello stesso modo agiscono le condizioni generali di depauperamento (tubercolosi) o le localizzazioni precoci, prepuberi, di processi infettivi genitali, in prima linea quelli tubercolari. Più avanti ci si indugerà su questi rapporti, qui basti l'accenno dato a precisare il valore della ricerca dell'inizio delle manifestazioni genitali esteriori della compiuta pubertà.

Indagheremo dunque l'età di comparsa, la quantità del flusso sanguigno, la durata, l'aspetto, le manifestazioni locali e a distanza.

Ricordiamo che spesso, anche senza alcun significato patologico vero e proprio, assistiamo a degli arresti mestruali di più mesi dopo il primo efflusso sanguigno. Ma se poi, dopo 3-4-12 mesi, il sangue mestruale ricompare senza più deviazioni della regola e senza ulteriori sospensioni, non dobbiamo in genere attribuire alla sosta alcun significato patologico. Al contrario, patologico è il ritmo irregolare, persistente, sopratutto se con modificazioni profonde della quantità e della durata.

Caratteri delle mestruazioni successive.

Ci interessa il ritmo, la durata, la quantità, la qualità, l'odore. E ci interessano i fenomeni concomitanti locali (dolori) e generali.

Il ritmo mensile presenta da caso a caso oscillazioni anche fisiologiche; per lo più il ritorno della mestruazione è ogni 4 settimane; molte volte, anche in donne sane, c'è un ritorno a 3 settimane, in altre a un mese e più.

La durata è da 2 a 8 giorni, abitualmente con quantità non uniforme: il tipo più frequente è di vedere il sangue emesso crescere

progressivamente fino al III giorno, e da questo massimo declina poi gradatamente fino al VI-VII. Ma la variabilità in questo è grandissima.

Nell'interrogatorio la risposta più facile al riguardo è « regolare » ma il significato è ben vario (1). Per lo più va inteso in senso relativo al soggetto: non comparativo con le altre donne. Capita spesso di trovare, indagando bene, che tutta la mestruazione si riduce a 2-3 giorni con appena il bisogno di mutare un pannolino al giorno: eppure queste donne oligomenorroiche ci si diranno « regolarmente » mestruate come quelle che perdono sangue per 5-6 giorni. Il criterio incidentalmente accennato del numero dei pannolini cambiati è nella pratica uno dei migliori per individuare all'ingrosso il quantitativo del sangue mestruo.

Anche chiederemo se compaiano grumi di sangue coagulato, il che di solito fa pensare ad una quantità eccessiva, dato che normalmente il sangue mestruo si mantiene fluido (grazie ai fermenti triptici della mucosa, al muco commisto, alle modificazioni generali del sangue circolante, ecc.).

Ci sono poi i casi chiaramente patologici, in cui si hanno vere emorragie mestruali, con fatti generali di anemia durante o dopo il periodo e allora è proprio questa irregolarità che prima viene riferita dalla malata, poichè è essa appunto che la decide per la visita del medico.

FIG. 1.
Modificazioni *premestruali* della mucosa uterina.

Del significato che assume sia l'eccesso che il difetto del sangue mestruale, l'anticipo del ritorno o il ritardo fino alla mancanza, diremo nel capitolo della sintomatologia per non ripeterci. Qui ricordiamo la utilità di costruire una specie di grafica della mestruazione. Su essa si possono segnare i giorni di durata della mestruazione, la quantità di sangue, i dolori eventuali, portando più o meno in alto nell'ascissa il segno. Per differenziare subito a colpo d'occhio il segno del sangue da quello del dolore, questo viene tracciato in nero, quello in rosso.

Riportiamo qui lo schema in uso nella clinica di Bari.

(1) Non è inutile accennare alla varia denominazione con cui nei vari paesi presso le classi meno istruite si designa la mestruazione: si parla di « amministrazione », di « regole », di « mese », di « purghe », di « marchese », « funzione », « cose », « forestiere », e così via. Per farsi bene intendere è meglio riferirci al « sangue ».

Prima mestruazione *ad anni* .... *tipo* ....

Mestruazioni successive *a ritmo* .... *durata media giorni* .... *colore* .... *quantità* ....
odore .... *con dolori d'intensità* ....
...., *prima durante dopo il flusso, localizzati a* ....;........................
.... *accompagnate da fenomemi generali* (..)

Ultima mestruazione *il giorno* ....
di tipo ....

GRAFICA DELLE ULTIME MESTRUAZIONI (1)

DOLORE	QUANTITÀ	MESE DI	MESE DI ....
acutissimo	eccessiva		
vivo	abbondante		
lieve	media		

Perdite vaginali intermestruali *a tipo* .... *di colore* .... *odore* .... *quantità* ....
durata .... *prima dopo la mestruazione.*

(1) Per esigenze di spazio qui la grafica è limitata a due mesi; si intende che deve interessarne molti di più.

È del resto facile improvvisare uno di tali schemi; ma si può anche adottare il suggerimento, venutoci da fuori, di utilizzare i comuni calendarietti ed anche così si può far apparire a colpo d'occhio il ritmo e il tipo mestruale. La utilità di queste grafiche mestruali è paragonabile a quella delle grafiche della temperatura e del polso; è cioè un comodo complemento, se non necessario.

Circa i *fenomeni generali* è noto che di raro la funzione si compie senza dare risentimenti a tutto l'organismo; solo in uno scarso numero di donne compare quasi improvvisa e non turba minimamente la attività ordinaria. (1)

Le sensazioni moleste locali o le manifestazioni generali talora precedono la mestruazione, talora l'accompagnano, o solo nei primi giorni o per tutta la durata di essa. Gran parte delle modificazioni generali sono di natura vasomotoria.

Nella maggioranza compaiono delle modificazioni dell'umore, della psiche, dell'appetito, della funzione gastro-intestinale (stipsi per lo più, ma talora scariche diarroiche premestruali), turgore mammario talora fino alla produzione di qualche goccia di siero, alla spremitura, dolori lombari, senso di peso, bisogno di urinare spesso, ecc.; si arriva ai casi con dolori sacro-lombari a tipo di colica angosciosa, tale da non permettere nessuna occupazione; così ci sono casi di cefalee gravi, forme nevralgiche, fatti d'intolleranza gastrica, dolori, nausee, vomiti, eruzioni cutanee (a tipo di acne, di herpes); modificazioni nella voce (come è ben noto alle cantanti), ecc.

In donne a sistema nervoso tarato si può arrivare anche ad accessi isterici, o epilettici, o a stati malinconici.

---

(1) La mestruazione va intesa come una manifestazione locale periodica, legata a periodiche modificazioni di tutto l'organismo femminile, documentabili nelle variazioni del sangue, della pressione, della temperatura, delle forze muscolari, della *perspiratio*, della sensibilità nervosa, del ricambio in genere.

All'apparato genitale prima e durante la mestruazione si ha una iperemia di grado più o meno rilevante; al momento dell'efflusso sanguigno avviene una specie di erezione dell'utero, con diminuzione dell'angolo di flessione fra corpo e collo. Istologicamente già molti giorni prima si iniziano modificazioni della mucosa consistenti in imbibizione sierosa dello stroma e dilatazione dei capillari; aumento del lume delle ghiandole, con pieghe sinuose nel loro decorso, in modo da acquistare un aspetto serpiginoso e nelle sezioni trasverse possono comparire con doppio contorno. Questo periodo corrisponde di norma alla evoluzione del corpo luteo, che precede di qualche giorno l'inizio della mestruazione. Non c'è accordo al riguardo fra gli Aa., e forse non c'è una reale uniformità nei singoli casi: sia in rapporto a una variabilità nel momento della deiscenza del follicolo, sia in relazione a una varia rapidità di evoluzione del corpo luteo; come cifre medie si osserva la deiscenza del follicolo un paio di settimane prima dell'inizio mestruale; a quest'epoca il corpo luteo inizia la fase regressiva che è ormai accentuata alla fine della mestruazione.

Al momento della mestruazione il sangue fuoriesce dai capillari che si sono fatti sempre più congesti, si infiltra nello stroma, i cui elementi assumono spesso aspetto deciduosimile (ingrossamento delle cellule fisse connettive, a forma epitelioide, immigrazione di istioblasti) e penetra nella cavità uterina trascinando con sè frammenti di epitelio e di mucosa. L'aumentata secrezione mucosa delle ghiandole del corpo, la attività triptica di essa, le stesse modificazioni generali della crasi sanguigna concorrono nel mantenere fluido il sangue mestruale, se la sua quantità resta in limiti fisiologici.

Ultima mestruazione regolare.

È una domanda che ha molte volte importanza fondamentale diagnostica. Non dimenticarla mai, nell'indagine in donne in età feconda, con irregolarità mestruali o con tumefazioni uterine. Non solo non va dimenticata tale domanda, ma occorre insistere su essa con certo accorgimento, per non esser tratti in errore.

Come avremo in altri punti occasione di mettere in rilievo, non sempre le donne sono precise a questo riguardo; talora in mala fede, talora anche in buona fede. Tralasciando i casi in cui ci sia la tendenza delle malate ad ingannare il medico, ci sono quelli in cui si tratta solo di una errata interpretazione da parte della malata, la quale scambia per una mestruazione una perdita di sangue irregolare, che può rappresentare già una minaccia di aborto, sia intra- che extrauterino.

Sopratutto importa accertarsene, quando sia preceduto un periodo di amenorrea anche breve, anche sotto forma di semplice ritardo. Allora il comparire di emorragie atipiche prolungate è nell'età feconda sinonimo quasi sempre di una intercorsa fase gravidica, per lo più spenta ormai, ma tal'altra ancora in atto, sia intra- che extrauterina.

Un esempio recente lo avemmo nella Clinica di Bari. Ci era stata mandata una donna di 45 a. con diagnosi di tumore addominale; essa perdeva sangue quasi ininterrottamente da 2 mesi, e presentava una tumefazione a carico dell'utero, ovoidale, duro, teso, spostabile, grosso come al VII mese di gravidanza; non esisteva alcun B. C. F.; non si palleggiava alcuna parte fetale; ma esisteva una colorazione cianotica dei genitali esterni e un certo rammollimento del collo che lasciarono subito dubbiosi sulla vera natura della tumefazione uterina – non ostante la mancata presenza di parti fetali.

Ora nella anamnesi risultava chiaramente che la mestruazione ultima regolare risaliva a 4 mesi prima, che dopo 2 mesi era cominciata la emorragia durata quasi continua, e la donna anzi soggiungeva che allora essa si credeva gravida avendo notato i soliti fenomeni gravidici. Di fronte a questa affermazione, nonostante l'età avanzata, si imponeva la maggiore prudenza diagnostica e non tardò a farsi strada il concetto di una mola vescicolare quando considerammo l'albuminuria notevole e l'anemia cospicua.

Per accertarcene introducemmo un cucchiaio nel collo e ne uscì, con qualche vescichetta, un fiotto di sangue rutilante, a getto violento, che ci fece pensare preferibile senz'altro ricorrere alla immediata isterectomia.

Importante sopratutto è l'indagine in molti casi di gravidanza extrauterina, del resto anche di gravidanza uterina, che si interrompano precocemente.

Avviene talora che una vera amenorrea gravidica anche breve manchi e che al periodo regolare, non ostante la iniziatasi gravidanza, si abbia un certo scolo di sangue; questo sarà ritenuto dalla donna come la attesa mestruazione, ma se sia intervenuto il fatto gravidico assisteremo ad un prolungarsi del flusso sanguigno giorni e giorni,

magari con sospensioni, ecc. Non è dunque questa l'ultima mestruazione regolare; è quella del mese precedente.

Anche può avvenire che un contatto fecondante intramestruale faccia arrestare all'improvviso una mestruazione cominciata. Bisogna tenerne conto, sempre agli effetti di individuare un'eventuale fase gravidica a base delle irregolarità che portano a noi la malata.

Quanto si è detto si riferisce alla ultima mestruazione nella età feconda. Più semplice è il problema quando si tratti solo di fissare se la donna è entrata o no nella menopausa, ossia in tema di ultima definitiva mestruazione: questo è un fatto che colpisce nettamente le donne, sia che si compia bruscamente, sia che avvenga per gradi, nella età solita (45-48 anni) o precocemente o tardivamente. E vedremo più avanti il significato, quasi sempre patologico, dei ritorni di sangue dopo la avvenuta menopausa.

Perdite vaginali abnormi.

D'abitudine la vagina è umettata di liquido tenue, scarso, che può aumentare nel periodo dell'eretismo sessuale, sia per la secrezione del collo, che per il secreto delle ghiandole di Bartolini.

In condizioni abnormi si possono invece avere secrezioni più abbondanti mucose, muco-purulente, purisimili; talora sono fluide, appena tinte in rosso (il paragone con l'acqua lavatura di carne è di prammatica); talora contengono detriti necrotici, e sono per lo più fetide.

Il significato è vario secondo i casi e l'aspetto o la continuità di questa secrezione vaginale, che rappresentano nella loro varietà uno dei capitoli più larghi dell'esercizio quotidiano della ginecologia. Il significato patologico sarà più avanti ampiamente esposto. Ricordiamo qui che dovremo identificare:

la *qualità* (sierosa, mucosa, purisimile, icorosa);
l'*odore* (fetido o no);
il *colore* (ematico, bianco, giallognolo, verdastro);
il *periodo*, secondo che sono continue o si esacerbano in rapporto con i periodi mestruali, ecc.

Gravidanze, parti, puerperi precedenti.

L'importanza di questo punto appare subito quando si pensi che un grandissimo numero di affezioni utero-ovariche trovano il loro punto di partenza nel parto o nel puerperio.

Vi sono tutte le lesioni traumatiche direttamente prodottesi nel parto, varie per sede, grado, forma, spesso specialmente spiccate nei casi di parti operativi, in rapporto alla distensione a cui i tessuti vanno incontro (divaricazione del pavimento pelvico estrema, soluzioni di continuo, vaginali, perineali, del collo); vi sono poi tutte le conseguenze dei processi d'involuzione puerperale, i quali possono, per eccesso o per difetto o per deviazione, impedire il reintegrarsi delle condizioni normali dell'apparato genitale e dei suoi mezzi legamentosi.

V'hanno infine le localizzazioni infettive che nel parto possono prendere punto di partenza.

Questi tre ordini di fattori di malattie genitali dovranno essere volta a volta indagati.

Per ciò che riguarda le infezioni puerperali, mentre sarà di solito facile risuscitare il ricordo delle forme più gravi, sopratutto se erano state accompagnate da dolori (p. es. flebite, parametrite, annessite, peritonite), nelle forme più miti, che non sono le meno importanti dal punto di vista delle conseguenze, bisognerà indagare con un certo accorgimento. Mentre sentiremo spesso negare che ci sia stata un'infezione puerperale, troveremo confessata facilmente una cosidetta infezione intestinale, svoltasi proprio nel puerperio; altre volte ci si risponderà positivamente se chiediamo se c'è stata la febbre del latte, che noi sappiamo essere l'equivalente di una vera e propria infezione, quando non ci si riferisce di un reale focolaio mammario (ragade, mastite).

Non va infine dimenticato che in certe classi l'uso del termometro è poco famigliare e che sono, per così dire, solo avvertite le elevate temperature. Utile accorgimento per avere un'idea del decorso del puerperio, in questi casi, è d'informarsi dopo quanti giorni la donna abbia lasciato il letto.

La notizia dei parti precedenti ha anche interesse nel giudicare del volume di un dato utero, poichè si sa che questo, piccolo nella vergine e nella donna che non ha mai partorito, va di solito diventando più voluminoso, con l'aumentare del numero dei parti. Un'altra variazione di volume da ricordare è quella che segue all'allattamento, nel quale, specialmente se troppo a lungo protratto, ci si imbatte facilmente in uno stato di atrofia.

Ricordiamo ancora l'importanza che ha il racconto di una serie di parti prematuri con feti morti macerati, per avviare al sospetto di una lue.

Superfluo infine il ricordo che pregressi interventi operativi ostetrici possono bene renderci ragione di lacerazioni p. es. del perineo o del collo, di eventuali fistole, ecc., rendendoci edotti a quest'ultimo riguardo anche del meccanismo di insorgenza, se direttamente da trauma (perdita immediata delle urine) o se da necrosi per lunga compressione delle parti molli (perdita di urine tardiva, dopo caduta l'escara).

A proposito di gravidanze pregresse sarà bene non dimenticare l'indagine accurata sui presunti aborti, che talora non sono realmente tali; vediamo spesso delle giovani che dopo più anni di matrimonio sono ancora senza prole e le sentiamo raccontare di aborti di 40-50 giorni avuti nei primi anni. Molte volte erano semplici ritardi mestruali, non gravidici, legati alla disfunzione utero-ovarica che ha determinato la successiva sterilità.

A proposito degli aborti pregressi nel campo ginecologico occorre stabilire che essi siano veramente tali; chiedere come era il prodotto espulso, se è stato esaminato e da chi, se è stato accompagnato da emorragia, da dolori, ecc., sopratutto tenere presente la possibilità di

gravidanza extrauterina. Ad escluderla non basterà nemmeno sentire di un raschiamento uterino fatto a scopo di estrarre i presunti residui abortivi (1).

Malattie generali pregresse.

In più punti già si accennò all'importanza patogenetica della tubercolosi, anche infantile, e della lues.

Ricordiamo qui che tutte le malattie infettive in generale possono esercitare la loro influenza sull'apparato genitale: sono note p. es. le emorragie genitali nella difterite, nella scarlattina, nel colera. D'altra parte lebbra, malaria, alcoolismo, intossicazioni in genere si ripercuotono sull'apparato genitale. Indipendentemente dalle dirette localizzazioni genitali, l'importanza delle malattie generali pregresse è notevole per la interpretazione patogenetica di una data lesione. In caso p. es. di dubbio fra una forma tubercolare e una gonococcica annessiale troveremo aiuto discriminante nel sapere che c'è stato nei precedenti un processo di apicite, oppure che si è avuta una monoartrite ad un ginocchio.

Malattie genitali pregresse.

Una buona conoscenza dei precedenti genitali delle singole malate sarebbe di grande importanza diagnostica, sopratutto in certi casi dubbi. Purtroppo però spesso cozziamo contro la ignoranza o la dimenticanza delle donne; ve n'ha che hanno subìto magari una laparotomia e non sanno nemmeno per che malattia ! Di solito con un po' di pazienza, e con l'aiuto magari di parenti si viene a ricostruire il passato ginecologico: fra le lesioni più frequenti sono quelle flogistiche specifiche postconiugali e le vedremo a base di gran numero di sterilità, o di dismenorrea o di sofferenze che si protraggono per anni ed anni.

Una difficoltà è inerente alla difficoltà stessa della diagnosi e... alla competenza dei medici, che ci hanno preceduto.

Così di recente ho potuto ricoverare nella Clinica una ex-luetica ed ex-blenorragica, sofferente da molti anni di dolori e consapevole di una tumefazione pelvico-addominale, così grossa da esser palpata dalla stessa paziente. Questa ci raccontava che due anni prima era stata fatta diagnosi di fibroma; un altro medico l'anno successivo aveva trovato una cisti ova-

---

(1) Proprio di recente vedemmo un caso del genere, uno dei tanti simili. Ci si presenta una giovane pallida, con la faccia sofferente, accusando dolori persistenti al basso ventre, seguiti ad un presunto aborto di due mesi. Racconta che avendo delle emorragie modiche ma insistenti, quasi un mese prima, un medico le aveva praticato un raschiamento dell'utero pensando alla ritenzione di residui ovulari. In realtà la donna riferisce che nell'utero non fu trovato nulla. Il sangue cessò, ma si aggravarono i dolori, e lo stato generale decadde, insorse anche qualche elevazione termica. Venuta da noi, si trovò una massa pastosa nel Douglas e nella metà destra del bacino e, appurato che in realtà l'aborto pregresso non era stato visto da alcuno, si fece poca fatica a pensare ad una gravidanza extrauterina, confermata dalla laparotomia.

rica... E noi potemmo invece diagnosticare un grosso idrosalpinge bilaterale, confermato poi alla laparotomia, perchè individuammo l'utero, fra le due masse, a pareti esili, nettamente cistiche, e con volute iniziali caratteristiche. La nozione delle pregresse sofferenze genitali – a tipo flogistico, di lunga durata, era stato l'elemento decisivo diagnostico.

Ci sono casi che diventano chiari se si conoscono bene gli antecedenti ginecologici e invece possono lasciare molto incerti in caso contrario: così dicasi p. es. delle crisi di estrinsecazione sottosierosa di un fibroma nel corso di una gravidanza, ovvero di una torsione del peduncolo di una cisti ovarica. Il conoscere che una data donna era già stata riconosciuta portatrice della cisti farà togliere ogni dubbio alla diagnosi, la quale altrimenti può anche deviare e con danno talora.

Eventuali interventi operativi o cure pregresse.

Qui dobbiamo distinguere le persone colte dalle altre; le prime ci riferiranno particolari precisi e preziosi; le seconde spesso non ci porteranno alcun lume.

In qualche caso occorre rivolgerci all'operatore per averne notizie esatte. L'importanza di tali pregressi interventi sulla sfera genitale è intuitiva; il conoscerli potrà renderci ragione del decorso ulteriore, delle sofferenze residue, ecc.

Ci interesserà specialmente sapere se si trattava di tumori benigni o maligni, se invece c'era un fatto flogistico e di che natura, se l'intervento è stato demolitore o conservatore e di che tipo.

A non tener conto dei precedenti si può a volte cadere in equivoci diagnostici. Uno dei più recenti si riferisce ad una donna anziana che operai or è un anno di plastica per prolasso completo dell'utero; orbene me la vedo ripresentare tutta atterrita, perchè il medico del paese, a cui era andata per certo bruciore, l'aveva trovata affetta da cancro, e invece si trattava di un collo residuo all'amputazione, piuttosto irregolare, tutto bernoccoluto, duro, ma assolutamente immune da ogni neoplasia.

Dal punto di vista delle cure pregresse un nuovo capitolo è sorto dopo la introduzione della radioterapia.

Chi ha visto i risultati locali che si conseguono talora nel cancro del collo dopo le applicazioni di radium, tali da fare ricoprire la *portio* nuovamente di un epitelio normale roseo, può ben spiegarsi l'equivoco in cui cade chi non abbia tale conoscenza e non sia al corrente dei precedenti reperti.

A me è accaduto ormai in più casi che un chirurgo di valore abbia affermato con sicurezza che quella data malata non aveva mai avuto un cancro dell'utero. E lo stesso capitò in un interessante sarcoma racemoso del collo complicante una gravidanza al VI mese. Fatto l'esame microscopico delle vegetazioni e riconosciuto il sarcoma, la donna fu assoggettata a radioterapia intensiva e all'applicazione del radium localmente. Dopo qualche tempo la famiglia volle il consulto del chirurgo e questi trovando ora di normale aspetto il collo dell'utero sentenziò che non c'era mai stato nulla di maligno e che forse c'era stato scambio nei preparati istologici. I famigliari

vissero così qualche tempo con la illusione che la precedente brutta prognosi fosse sbagliata e restarono poco contenti del primo ginecologo, se poteva aver allarmato scambiando dei preparati. Ma gli eventi successivi dovevano poi ristabilire la verità. Il parto si svolse spontaneo prematuro, con feto morto, ma ben presto si fecero palesi segni di infiltrazione neoplastica nel parametrio e in pochi mesi la donna fu tratta a morte per la disseminazione sarcomatosa.

Bisogna dunque avere grandi cautele nello stabilire delle diagnosi per così dire retrospettive, e tener conto delle modificazioni sopravvenute in seguito alla terapia, sia medica, che attinica o chirurgica.

Vita sessuale.

La vita stessa sessuale sta a base di lesioni genitali; da ciò la frequenza incomparabilmente maggiore delle donne sposate che ci si presentano, specialmente nel campo delle flogosi.

Basti ricordare, che nella normale coabitazione si può avere il risalire fino nelle parti più alte dei genitali, fino al peritoneo stesso, degli spermatozoi: con questi possono ben essere trascinati in alto dei germi.

Si deve anzi pensare che le difese naturali debbano essere ben grandi se non capitano più di frequente delle infezioni. A questo riguardo ricordisi l'evidente maggiore pericolo che presenta il periodo mestruale nel quale la depitelizzazione dell'endometrio rende questo più facile preda agli agenti infettanti. A volte accensioni o riacutizzazioni di processi flogistici sono in relazione appunto con rapporti sessuali nel periodo mestruale.

Nelle indagini sulla vita sessuale occorre molto tatto da parte del medico. Bisogna, quando il caso lo richieda, saper entrare nella confidenza delle malate e allora si potrà avere confessione di fatti intimi, altrimenti non denunciati.

Indipendentemente da pervertimenti sessuali, che portano in un campo speciale, uno dei punti da accertare talora è la eventuale messa in opera di pratiche contracezionali, e il tipo di esse. Spesso qui troviamo il momento etiologico di stati congestivi (interruzione del coito, lavande immediate dopo), o di fatti flogistici (pessari antifecondativi occlusivi).

In più casi, sopratutto in tema di sterilità, può interessare il conoscere se ci sia sensazione voluttuosa da parte delle donne, se ci sia partecipazione attiva all'amplesso e se ci sia sincronismo o no, e può anche essere il caso di chiedere se ci sia perdita dello sperma, ecc.

L'eventuale dolore sessuale va anche ricercato talora; spesso è il sintomo che porta a noi la donna; altre volte dobbiamo noi chiederne.

Ora qui bisogna sceverare caso da caso; a volte si tratta di dolore profondo dovuto all'urto contro il fornice posteriore dove p. es. si è prolassato e fissato un ovaio, o dove esistono dei fatti flogistici in atto

o spenti; a volte si tratta di ipoplasia genitale con vagina breve, rigida, con un collo uterino vicinissimo alla vulva e quindi suscettibile di essere traumatizzato direttamente nel coito.

In altri casi il dolore è più superficiale, è vulvare cioè; o per sproporzione fra le parti, o per stenosi relativa vaginale, o per mancato consenso (manca allora la secrezione che deve facilitare l'immissione), o per la presenza di fatti flogistici o di soluzioni di continuo (come dopo i primi rapporti sessuali), si può avere dolore nell'introduzione del pene e derivarne un vaginismo molesto.

A volte è in giuoco un anormale orientamento della vulva, in rapporto con l'altezza e la proiezione della sinfisi del pube; allora è facile che nel congiungimento sessuale ci sia un traumatismo alla regione del meato urinario, da cui facili disturbi vescicali, anche all'infuori di fatti blenorragici e facile insorgenza di vaginismo. A peggiorare le cose concorre spesso un cattivo atteggiamento delle donne; in rapporto alla stessa paura del dolore, il pube viene ruotato in basso, e si aggrava la condizione; mentre invece a eliminare tale inconveniente basterà sollevare fortemente le gambe e le coscie sul tronco, o anche disporre un cuscino sotto le natiche.

Dal punto di vista della vita sessuale lunghe considerazioni si potrebbero fare nei rapporti con la medicina legale e con i quesiti che a volte ci vengono rivolti dai giudici. Ma si andrebbe troppo fuori del nostro tema.

Dolore.

Anche del dolore dovremo occuparci più avanti largamente studiandone il significato; ci limitiamo qui a dire che nel comune interrogatorio dobbiamo interessarci di precisarlo nella sede e nel tipo; domanderemo se è un dolore mediano o laterale, da uno o entrambi i lati, se si è localizzato nella regione sacrale, lombare, se si irradi lungo gli arti inferiori, se sia spontaneo o provocato e in quest'ultimo caso se si esacerbi col moto, con le fatiche in genere; anche domanderemo i rapporti col periodo mestruale (precedenza o concomitanza), il carattere (se gravativo, continuo o acuto, lancinante, a crisi, o con un certo ritmo a tipo di contrazione uterina).

Aggiungiamo ancora che anche per il dolore si può con utilità costruire una specie di grafica come si disse a proposito della mestruazione.

Nel raccogliere questa parte della anamnesi dovremo anche ricordare che non sempre le malate sono chiare, precise nella localizzazione del dolore; nel linguaggio corrente sentiremo spesso parlare di dolore ai reni, ma se invitiamo le ammalate a toccare la zona dolente vedremo talora indicare la regione del sacro, tal'altra la regione lombare bassa.

Anche vedremo molte differenze da malate a malate nella descrizione del dolore: paragoni terrificanti, come del cane che morde o di una lama che tagli, sono frequenti specialmente in donne a sistema nervoso tarato e dovremo tenerne conto nella valutazione clinica.

Sintomi a carico degli organi vicini.

Di due funzioni sopratutto dobbiamo sempre occuparci nel completare l'anamnesi, anche se l'ammalata non richiami spontaneamente l'attenzione su essi: funzione urinaria e intestinale.

Per ciò che riguarda la vescica le domande più correnti sono circa alla regolarità o meno della minzione, che può essere frequente in modo vario, dolorosa, difficile, finanche impossibile (fatti flogistici od ostacoli meccanici) o viceversa può essere caratterizzata da perdita involontaria, sia intermittente, p. es. negli sforzi (cistocele), o continua, come nelle fistole.

È di cognizione comune la terminologia abituale:

disuria: emissione difficile della urina;
iscuria: emissione forzata di piccole quantità di urina;
stranguria: iscuria, in cui predomina il dolore;
iscuria paradossa: emissione di scarsa urina, mentre la vescica resta piena;
incontinenza: emissione involontaria;
pollachiuria: minzione frequente;
poliuria: quantità esuberante;
oliguria: quantità scarsa;
anuria: assenza.

La indagine sarà anche bene portarla sulla funzione renale vera e propria, indagando la quantità della diuresi giornaliera, indipendentemente dai disturbi nella eliminazione (diabete, nefrite cronica, ecc.).

Dal lato della funzione intestinale in genere ci interessiamo se c'è o no stitichezza, ma sopratutto l'attenzione va richiamata dalle possibili sofferenze a carico del retto (dolori, tenesmo) quali si possono avere nelle affezioni pelviche, che occupino il Douglas o nei tumori incuneati nello scavo. Anche sentiremo parlare con facilità di fatti di colite coincidenti con lesioni degli organi genitali.

Disturbi a distanza.

Sono le malate stesse che quasi sempre richiamano l'attenzione su disturbi di questo o quell'apparato organico e che esse pensano possano avere connessioni causali con disturbi dell'apparato genitale.

Dalla debolezza generale, all'anemia, al male di testa, alle vertigini, dal cardiopalmo all'asma, dalla stitichezza alla nausea, al vomito, dalle eruzioni cutanee ai fenomeni nervosi più svariati, tutta la più varia sintomatologia vedremo più volte venir riportata dalle malate a presunte lesioni genitali.

P. es. sentiremo accusare una leucorrea insistente o una banale erosione della *portio*.

Ora se in tutto ciò vi è spesso dell'esagerazione e talora un'inversione nei rapporti causali (p. es. la leucorrea, invece che causa, può essere la conseguenza di uno stato linfatico astenico), è tuttavia indubitabile che rapporti intimi esistono fra funzione genitale e l'organismo intero.

È utile perciò indugiarsi in ogni caso su queste possibili ripercussioni in ogni nostra anamnesi ginecologica, sia per i vari apparati organici, sia per lo stato generale.

Qui ci interesseremo dello stato di nutrizione; cioè se ci siano stati fatti di dimagrimento, oppure se ci sia invece tendenza ad ingrassare; ricercheremo la cenestesi; se ci sia stata o ci sia febbre e così via.

Sono nozioni d'ordine generale su cui non è il caso d'insistere. Vogliamo solo aggiungere un piccolo particolare pratico, riguardo alle febbri, per avvertire che specialmente nelle classi incolte, saremo spesso tratti in inganno su questo punto, poichè il mancato uso del termometro può far misconoscere delle elevazioni termiche la cui conoscenza pur sarebbe importante ai fini diagnostici.

Quando ce ne sorga il sospetto, non bisogna contentarci del semplice riferimento della malata, ma controllare o far controllare la temperatura sistematicamente per un sufficiente periodo di tempo.

Più avanti avremo occasione di rilevare tutta l'importanza di non limitarci a considerare la malattia ginecologica isolatamente, ma bensì a riportarla nel quadro complessivo dell'intero organismo.

Ci sono bensì malattie puramente locali, ma ve n'è moltissime, in cui è fondamentale il tener presente la costituzione organica, il complesso endocrino, con tutte le sue possibili variazioni o disarmonie; così come è importante tener conto delle malattie di questo o quell'organo, per interpretare una data sintomatologia genitale.

Così vedremo che malattie del ricambio, malattie infettive acute o croniche, lesioni dell'apparato circolatorio, disfunzioni endocrine sono causa di alterazioni funzionali o anche anatomiche dell'apparato genitale.

Anche per queste intime correlazioni il ginecologo deve essere prima che specialista un buon medico, se vuole assolvere compiutamente al suo compito.

L'ESAME OBIETTIVO IN GINECOLOGIA

Raccolta la amamnesi nelle linee generali, secondo le direttive date, e orientati ormai sui possibili concetti diagnostici, è venuto il momento di passare all'esame obiettivo, salvo a precisare poi altri elementi della storia, se ne sorga il bisogno.

Come contenerci ? Che ordine seguire ?

Se si tratta di visita a casa della malata, di solito la troviamo a letto e lì stesso potremo, a donna senza indumenti, procedere all'esame.

Nelle visite di ambulatorio non è per lo più necessario, almeno in primo tempo, far spogliare del tutto la donna; basterà far togliere le

FIG. 2. – Una visita di ambulatorio. Posizione sacro–dorsale.

sottane, allentare ogni laccio che rinserri la cintura addominale, e, sollevati in alto i rimasti indumenti, la malata sarà fatta salire sulla sedia ginecologica.

Già con uno sguardo generale, e fin dal tempo della anamnesi, ci eravamo impadroniti delle note generali costituzionali, di nutrizione e di ematosi; circa all'esame dei singoli apparati organici extra-addominali, possiamo soggiungere che talora saremo dispensati dall'occupar-

cene di proposito, come quando un collega medico, che già ha studiato dal suo punto la malata, ci interpella espressamente sullo stato dell'apparato genitale; oppure quando la fenomenologia locale predomini nettamente; altre volte o già per la natura della sofferenza denunziata, (p. es. amenorrea in giovane età) oppure per l'aspetto generale, l'esame costituzionalistico e dei vari apparati si impone come preminente e va fatto ordinatamente con le norme che devono essere conosciute e che quindi qui non si ricordano.

Nella pratica corrente molto spesso del resto l'esame generale segue agli accertamenti locali e li integra.

Messa la donna nella acconcia posizione sulla sedia, un primo esame viene portato sempre sulle condizioni dell'addome, rapido e sommario se non risultino fatti di rilievo, accurato e completo in caso di reperti abnormi.

E passiamo poi all'esame propriamente genitale.

Nei casi in cui la storia parli di sofferenze a tipo leucorroico con ripercussione uretrale (disuria, pollachiuria) è preferibile non far urinare la donna per poter vedere se ci sia del secreto nell'uretra (spremere da dietro in avanti lungo essa) e così avere del materiale per un accertamento batterioscopico. Negli altri casi, e anche in codesti dopo tale accertamento, *è bene esaminare le ammalate a vescica svuotata da poco;* il lasciarla piena porta a difficoltà nel raggiungere il collo, nel delimitare il corpo, nella stessa applicazione delle valve o dello speculum.

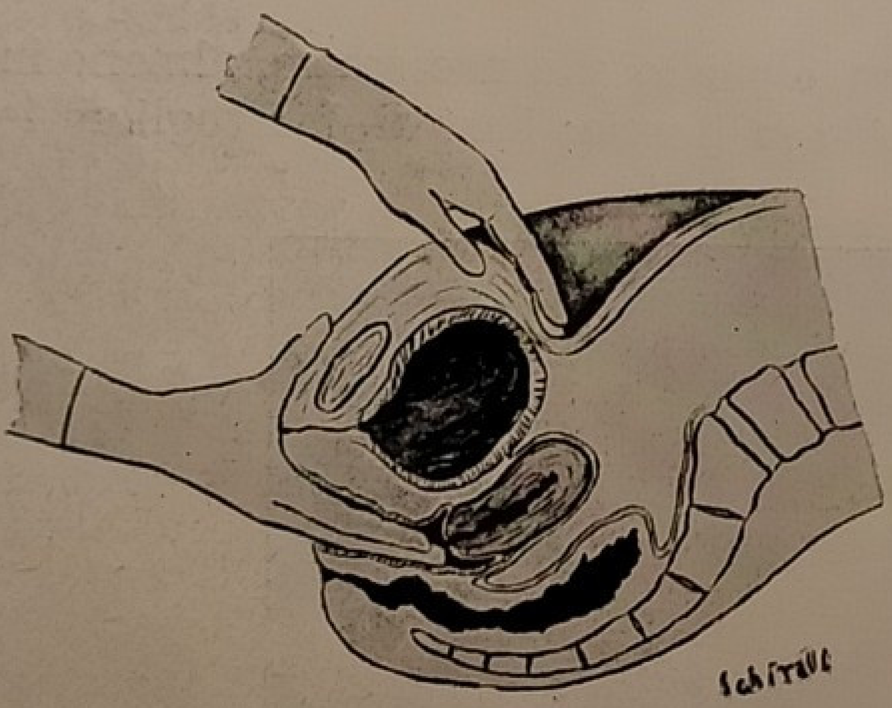


FIG. 3. – La vescica piena mantiene l'utero in retroposizione e rende insufficiente l'esame combinato.

I principianti hanno tendenza a dimenticare tale precetto o a non credere agli inconvenienti del non seguirlo.

Io ho sempre vivo il ricordo di un episodio successomi nelle prime mie armi.

Ero di guardia (a Roma) e mi accingevo ad esaminare una donna portata alla clinica per un aborto al secondo mese. Erano presenti gli studenti di turno, ai quali mi accingevo a dimostrare il caso. Ma con mio disappunto non riuscivo a palpare il corpo dell'utero, raggiungevo malissimo lo stesso collo, cosicchè dovetti invocare l'aiuto del medico di guardia più anziano. Questi, subito accorto della ragione della difficoltà, estrasse col catetere un buon litro di urina e allora trovai tutto chiaro e facile pure io. Lo sapevo già, per quanto novellino, eppure me ne ero scordato; ma quel caso con la correzione pubblica del mio errore mi lasciò un salutare ricordo, non più perdutosi.

Non solo si può andare incontro a difficoltà, ma si possono commettere errori diagnostici gravi.

Non si contano più i casi consegnati nella letteratura in cui si era pensato a una cisti ovarica; nè deve far maraviglia, quando si ricordi la capacità, che può talora raggiungere la vescica femminile (oltre tre litri p. es. in un caso di Viana, nel quale in un reparto ospedaliero la malata era stata dia-

gnosticata affetta da tumore inoperabile, per i dolori e l'aspetto sofferente, terreo, oltre che per il volume del ventre (1).

Ed è istruttivo anche un caso visto di recente a Bari (2) nel quale il criterio direttivo corretto non era mancato al medico chiamato per crisi dolorose violente addominali in una pluripara con enorme ventre, ma che era però stato deviato dall'esatto concetto, perchè due ore prima un collega aveva già praticato il cateterismo vescicale traendone moltissima urina ed egli, sopravvenuto, non poteva pensare che in poco tempo se ne fosse raccolta tanta altra. Ma qui era intervenuta una poliuria acuta da ingestione di certo decotto a cui la donna aveva ricorso a scopo di troncare una presunta gravidanza iniziale.

Anche la ripienezza del retto può essere motivo a equivoci diagnostici, o a difficoltà nell'esame; perciò il consiglio di far precedere lo svuotamento dell'intestino quando ne sia il caso e sia possibile.

Per eseguire l'esame vaginale si comincia con l'ispezione rapida dei genitali esterni; poi, mentre una mano mantiene divaricate le piccole labbra, una o due dita dell'altra mano vengono portate in vagina seguendone l'asse fino a raggiungere i fornici e la portio, dopo avere riconosciuto i caratteri della parete vaginale. A questo punto la mano che aveva servito per divaricare i genitali abbandona tale compito, ormai inutile, e passa invece sulla parete addominale per cooperare, opportunamente guidata, alla identificazione dei genitali interni.

Fig. 4. – Col pollice ed indice della mano sinistra si divaricano le piccole labbra.

Di solito non occorre più altro; abbiamo già abbastanza dati per la diagnosi; a volte invece è necessario aggiungere un esame strumentale, mettendo in luce la vagina o il collo con le valve o lo speculum; a volte ancora si deve far ricorso a mezzi sussidiari più o meno complessi: esame rettale e trazioni sull'utero, posizioni diverse (Trendelenburg); sonda uterina, narcosi, insufflazione tubarica, radiografia, biopsia del collo, raschiamento dell'endometrio o del canale cervicale, puntura esplorativa del fornice, paracentesi, laparotomia esplorativa, esami microscopici, cistoscopia, insufflazione del colon, ecc.

Abbiamo fin qui data una specie di traccia del nostro contegno: vediamo ora un po' più davvicino i vari momenti dell'esame e le varie tecniche.

(1) V. in *Clinica Ostetrica*, 1924, n. 3, pag. 105.
(2) Soc. Pugliese di ost. e ginec. 30 luglio 1926. *La Clinica Ostetrica*, n. 8.

L'esame obiettivo generale.

Come già si è accennato, l'esame generale nell'esercizio corrente, a volte precede, a volte segue quello genitale; in talun caso è fondamentale per il concetto stesso diagnostico, in altri solo dal lato prognostico o terapeutico, per farci decidere più per questa che quella linea di condotta; non va comunque mai trascurato se pure la importanza ne possa talora apparire secondaria; non dobbiamo infatti mai dimenticare le reciproche ripercussioni fra lo stato fisiopatologico genitale e la fisiopatologia dell'intero organismo.

Pochi esempi chiariranno il nostro contegno.

Ecco qui una donna sulla quarantina, che si presenta perchè soffre di perdite mestruali molto abbondanti, ravvicinate, prolungate, tali da averla ridotta in uno stato di grave anemia; l'esame ginecologico ci mette di fronte ad un utero chiaramente fibromatoso; in fondo per la diagnosi non ci occorre altro; però la linea direttiva terapeutica sarà influenzata non solo dalla varietà del tumore, ma anche dallo stato generale, dalle condizioni del cuore, del rene e così via. Qui cioè l'importanza dell'esame generale è prognostica–terapeutica più che diagnostica.

Ecco al contrario una signora, che ha pure delle menorragie, gravi, invano curate con le solite pozioni o iniezioni emostatiche; l'esame genitale fa rilevare solo un modico ingrossamento uniforme dell'utero, senza lesioni annessiali, senza alterazioni neoplastiche del collo; qui diventa fondamentale dal lato diagnostico l'analisi delle condizioni generali; prima di concludere per una disfunzione ovarica, dovremo infatti poter escludere uno stato emofiliaco, una stasi da vizio cardiaco, una ipertensione da arteriosclerosi o da nefrite cronica; dovremo anche ricercare se esista una lue ignorata e così via; dovremo cioè accuratamente indagare su tutte le condizioni che possono portare ad un aumento del flusso mestruale; altrimenti la cura non sarà bene indirizzata. Così in una riscontrata lesione annessiale la etiologia potrà essere chiarita dal trovare note di infantilismo generale, un abito tubercolare, il rintracciare delle lesioni pleuropolmonari, magari spente ma nettamente specifiche; in tali evenienze infatti saremo tratti a sospettare una genesi specifica tubercolare pure alla annessite.

È, in un altro campo, ecco nel prurito vulvare un chiaro esempio della necessità dell'esame generale: pomate su pomate non hanno mai ottenuto nulla in più casi, perchè il medico aveva dimenticato di ricercare una eventuale glicosuria; dominata infine questa, è subito vinta la tormentosa molestia.

E così guai se non si assicuri dello stato del cuore, del fegato, dei reni, in casi di versamenti liberi addominali. Ma è inutile esemplificare più oltre. Sono concetti ormai di dominio comune e per fortuna già entrati nella convinzione e nella pratica medica.

Riaffermati tali preliminari, non ci indugeremo però sulla condotta da tenere, poichè, come dicevamo all'inizio di queste pagine, dobbiamo presupporre in chi legge la piena conoscenza della semeiotica medico–chirurgica.

Ricordiamo soltanto la importanza che le moderne vedute assegnano, pure nel campo ginecologico, alle varie costituzioni morfologiche (1); un orien-

---

(1) Rimandiamo per chi voglia particolari al riguardo alle recenti monografie di BOMPIANI e di VIANA. Edizioni Luigi Pozzi, 1926, Roma e alla Relazione di DECIO, al XXIV Congresso della Soc. It. di Ost. e Ginec. (Roma, 1925).

tamento grossolano si può già avere ad un primo sguardo per differenziare il tipo megalo dal microsplancnico, l'abito astenico dal pletorico; così sono facilmente individuabili la obesità nelle varie forme (prototipo la ipofisaria) l'ipertiroidismo, l'infantilismo, ecc.

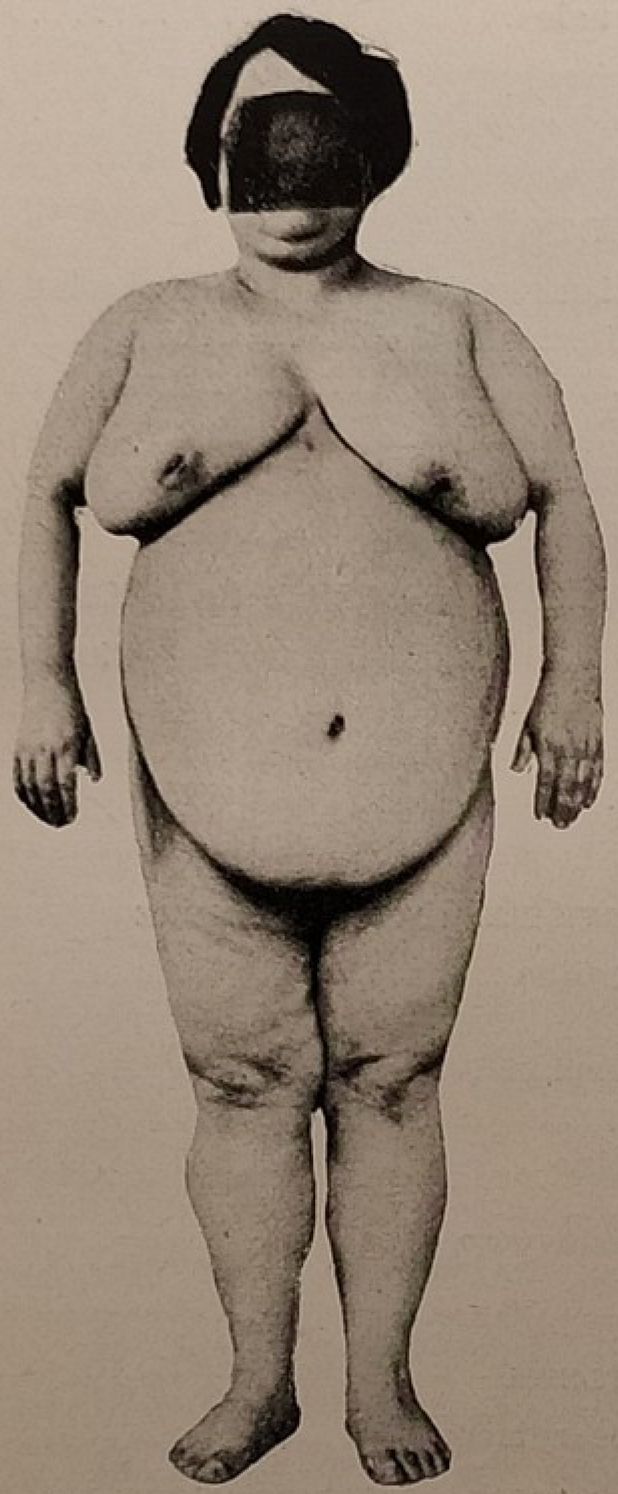


FIG. 5 (di faccia).

FIG. 6 (di profilo).

Obesità spiccata con ipotiroidismo e ipopituitarismo; sterilità e menorragie.
(*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Ma un accurato studio analitico è richiesto per la identificazione precisa dei vari tipi. Per essere completi sia dal lato somatico che funzionale, un buono schema da seguire è il seguente, in uso nella clinica di Bari, sulle tracce degli insegnamenti di Pende.

ESAME COSTITUZIONALE di: Nome e Cognome .... Età .....

(Fotografia)

MORFOLOGIA

Peso...... *Statura*......

TORACE

Altezza sternale ....
D. trasverso toracico ....
D. antero-posteriore toracico ....
Circ. toracica ....

ADDOME SUPERIORE

Xifo epigastrica ....
D. trasverso ipocondriaco ....
D. antero posteriore ipocondriaco ....
Xifo ombellicale ....
Circ. ipocondriaca ....

ADDOME INFERIORE

Epigastrico pubica ....
Bacino trasverso ....
Bitrocanterico ....
Circ. pelvica ....
Ombellico pubica ....

MISURE COMPOSTE

Giugolo pubica ....
Altezza addominale totale ....
Grande apertura ....

VALORI CAVITARI

Valore toracico ....
V. addominale superiore ....
V. addominale inferiore ....
V. tronco ....

ARTI

Arto superiore ....
Arto inferiore ....
Valori arti ....

ALTRI RILIEVI MORFOLOGICI

Circ. del collo ....
Altezza della fronte ....
Sporg. arcate sopraorbitarie............
Zigomi ....
Ampiezza angolo epigastrico ....
Scapole ....
Prominenza 7 vertebra cervicale ....
Coste fluttuanti ....
Esagerazione della insellatura lombare ...
Altezza della articolazione del polso rispetto al margine superiore del pube ....
Distribuzione dei peli ....
....
Capigliatura ....

A) TIPO MORFOLOGICO (conclusione sul)
....
....

B) PSICHE

Carattere, affettività, intelligenza, ecc.; in rapporto alle diverse fasi della vita sessuale ....
....
....
....

C) EREDITÀ

Artritismo, tubercolosi, lue, speciali malconformazioni, ecc. ....
....
....
....
....

D) APPARATO NEURO-ENDOCRINO

(Tiroide, eventuali reperti radiografici o operatori) ....
....
....
....

Prove farmaco-dinamiche

Adrenalina ....
....
Pilocarpina ....
....
Atropina ....
....
....
....

Riflessi

Oculocardiaco ....
Erben ....
Dermografismo rosso ....
Dermografismo bianco ....
Pupillare (Löwi) ....
Faringeo ....
....
....

E) FATTORE BIOCHIMICO

Ricerche ed osservazioni ulteriori ....
....
....
....
....
....

Conclusioni sul Biotipo: (A + B + C + D + E) ....
....
....
....
....
....

Indipendentemente da tale indagine biotipologica, lo stato generale, la nutrizione, la ematosi richiameranno subito la nostra attenzione. Circa alla fisionomia rammentiamo:

la *facies* contratta di chi soffre;

la *facies ovarica* caratterizzata dall'aspetto vecchieggiante, con i bulbi oculari infossati, i tessuti come prosciugati, propria dei grandi tumori dell'ovaio;

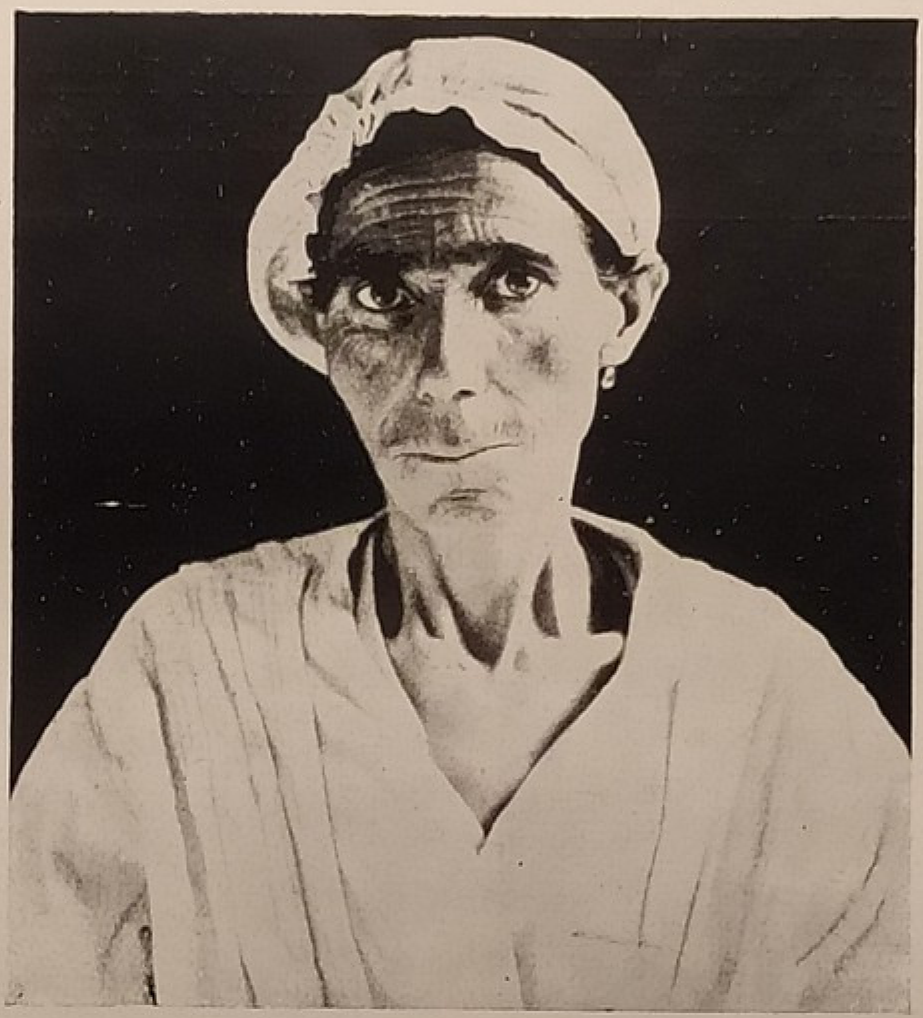


FIG. 7.
Facies ovarica (Clinica Ost. Gin. di Bari).

la *facies peritoneale* od ippocratica, con le mucose livide, pallide, gli occhi infossati, il naso affilato, le pinne dilatate;

la *facies gravidica* caratterizzata dalla pigmentazione.

Ed ancora: l'aspetto cereo delle giovanette menorragiche, quello giallo paglierino delle fibromatose dissanguate; quello giallo terreo delle cancerose in stato cachettico; la lieve suffusione subitterica delle congiuntive e della cute delle donne con versamenti ematici cospicui addominali (grav. extr.) e così via.

Riguardo alla ematosi, ci sia permesso ricordare che, in questi tempi di *labbra porporine*, dobbiamo stare in guardia per non cadere in errore con un primo sguardo superficiale, che non abbia tenuto conto degli altri dati clinici (colorito in genere della cute, colore delle mucose interne specialmente delle gengive, ecc.), anche senza i controlli di laboratorio.

Un caso del genere fu osservato nella clinica di Roma qualche anno fa, in cui il rossetto alle labbra era ancora nell'uso di poche... antesignane. Avvenne allora che un medico della guardia ostetrica telefonasse dalla città di preparare subito per una laparotomia di urgenza per un caso, che aveva visto allora di gravidanza extrauterina in gravissime condizioni. La levatrice di guardia poco dopo trovatasi pronta all'ingresso della clinica (una delle nostre, ben pratiche dell'aspetto di questi emoperitonei, sì da fare da sole la prima diagnosi) e che si attendeva come al solito di vedere una donna esangue, bianca, cadaverica, fu stupita al vedere invece delle belle labbra

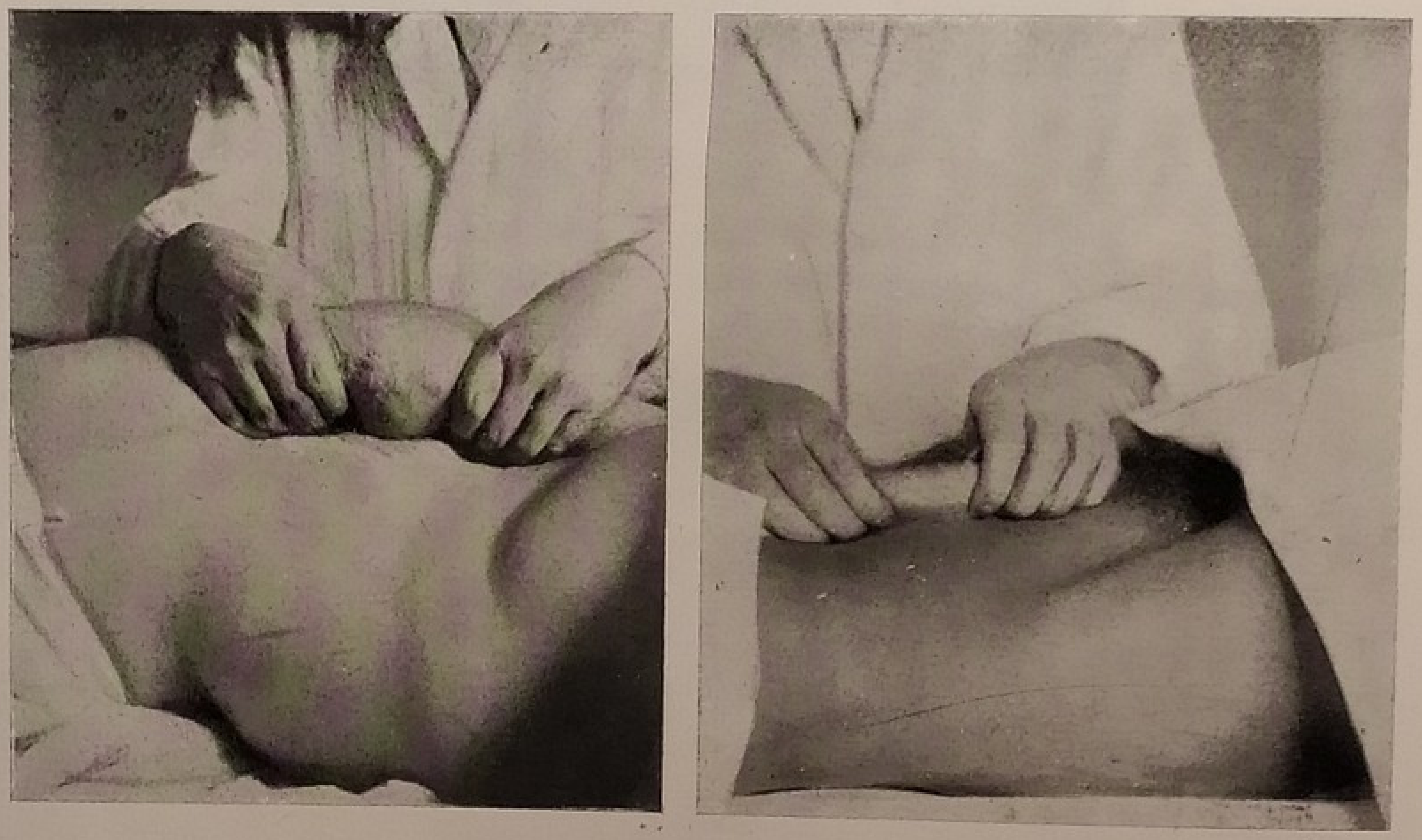
rosee e tutta lieta comunicò la lieta novella trattarsi di un caso non gravissimo, perchè la malata aveva un discreto aspetto... Si capisce che l'equivoco durò ben poco, e si operò immediatamente la giovane, trovando uno dei più voluminosi emoperitonei.

E fermiamoci ora un po' sull'*esame dell'addome*.

Questa indagine è sempre parte complementare, spesso fondamentale dell'esame ginecologico.

La minuzia maggiore o minore con cui andrà condotto è in rapporto con le singolarità del caso clinico.

A volte ha importanza predominante, come nei tumori o nelle raccolte addominali, dove costituisce la parte essenziale della ricerca, a volte basta



A *B*

FIG. 8. – Come si saggia lo spessore della parete addominale: *A*, pannicolo esuberante; *B*, spessore medio, regolare.

un rapidissimo sguardo e una rapida palpazione ad assicurare che non ci sono « cose grosse » e porteremo la indagine più accurata sull'esame vaginale e vagino-addominale.

Non dimenticarsene però mai, anche se a primo aspetto anamnesi o reperto genitale sembrerebbero renderlo superfluo.

Così in certi casi di prolasso completo, polarizzato il medico nella grossolana alterazione di posizione dell'utero, il non aver fatto attenzione allo addome ha fatto misconoscere un tumore o uterino od ovarico o extragenitale (p. es. una milza gigante ectopica), venendo meno la cura complementare necessaria di codesti prolassi sintomatici.

Per l'esame dell'addome potremo lasciare la donna nella posizione dorsale consueta o nella ostetrica classica (*sacro–dorsale*; ossia a coscie modicamente flesse sull'addome); ma a volte (per saggiare la spostabilità di tumori o la pertinenza a questo o quel viscere) serve mettere in posizione di Trendelenburg; più spesso capita di far assumere la posizione laterale per giudicare della spostabilità o di raccolte liquide o di masse; qualche volta infine conviene completare l'esame nella posizione eretta (casi di ernie, di ptosi, di sventramento, di scarso liquido, che si vuole rendere manifesto).

L'aspetto del ventre varia molto: avvallato con pareti grinze in qualche emerita multipara cachettica, pendulo a bisaccia quando la donna si levi; è batraciano nelle raccolte libere; globoso od ovoidale nelle gravidanze, prominente più o meno, e regolarmente o no, nei tumori addominali.

La pelle può essere tesa o grinzosa, liscia o sparsa di smagliature (indice di cambiamenti di tensione, spesso per gravidanza, ma anche per deposito acuto di grasso o per tumori), edematosa, specialmente nella regione sovrapubica (in gravidanze gemellari, albuminurie, cardiopatie, tumori maligni, ventre pendulo, ecc.); la linea mediana può presentare pigmentazione bruna in un livello più o meno alto (nella gravidanza); una sfumatura bluastra a livello della parte ombellicale (segno di Cullen nell'emoperitoneo); la cicatrice ombellicale può essere sporgente o appianata o rientrante, distesa per la presenza di ernia (omentale, intestinale, ecc.), senza dire degli eventuali reperti anormali da pregressi interventi (tramiti fistolosi, ernie post-operatorie, pigmentazioni da terapia attinica, raggi X o elioterapia naturale od artificiale).

FIG. 9. – Profilo dell'addome in un caso di sarcoma dell'ovaio (*Clinica Ost. Gin. di Siena*).

Nell'osservare l'addome fisseremo anche il contegno della parete nella respirazione: nelle affezioni dolorose (peritoniti, ostruzioni intestinali, emo-peritoneo) la parete rimane rigida o con movimenti solo minimi; la parete resta anche immobile nel tratto sovrastante ai tumori che la sollevano, mentre segue regolarmente i movimenti del respiro nel resto; quando ci siano dei tumori parietali, essi si spostano assieme con la parete sollevandosi ed abbassandosi (quelli endoaddominali si spostano col respiro in senso orizzontale, mentre quelli retroperitoneali durante la inspirazione vengono allontanati dalla mano che va a palparli).

La sede retroperitoneale si lascia riconoscere per la mancanza di spostabilità respiratoria. Invece i tumori intraperitoneali si spostano di solito con la respirazione, con i movimenti della malata e passivamente con le mani.

I maggiori dati nell'esame addominale sono ottenuti con la palpazione, sia per i caratteri della parete che del contenuto.

Sollevando la parete con le dita di una o di due mani si giudica del suo spessore e della eventuale dolenzia o del possibile contenuto patologico (flogosi, tumori). È da ricordare che in certe donne l'accumulo del grasso diventa veramente mostruoso; si arriva ad un senso di pseudofluttuazione, mentre le donne possono credere a una gravidanza o ad un tumore e talora proprio per questo aumento vengono a noi. Identificato lo spessore e la spostabilità della parete, potremo ricercare eventuali punti dolorosi, e poi passiamo alla palpazione profonda, alla ricerca di un possibile contenuto o fisiologico (utero gravido), o abnorme, determinando il volume, la forma, la consistenza, la dolorabilità, la spostabilità, ricercando se ci siano noduli diffusi o piastroni o senso di sfregamenti, o fluttuazione (presenza di liquido) o palleggiamento (come nei tumori concomitanti ad asciti) e ricercando i

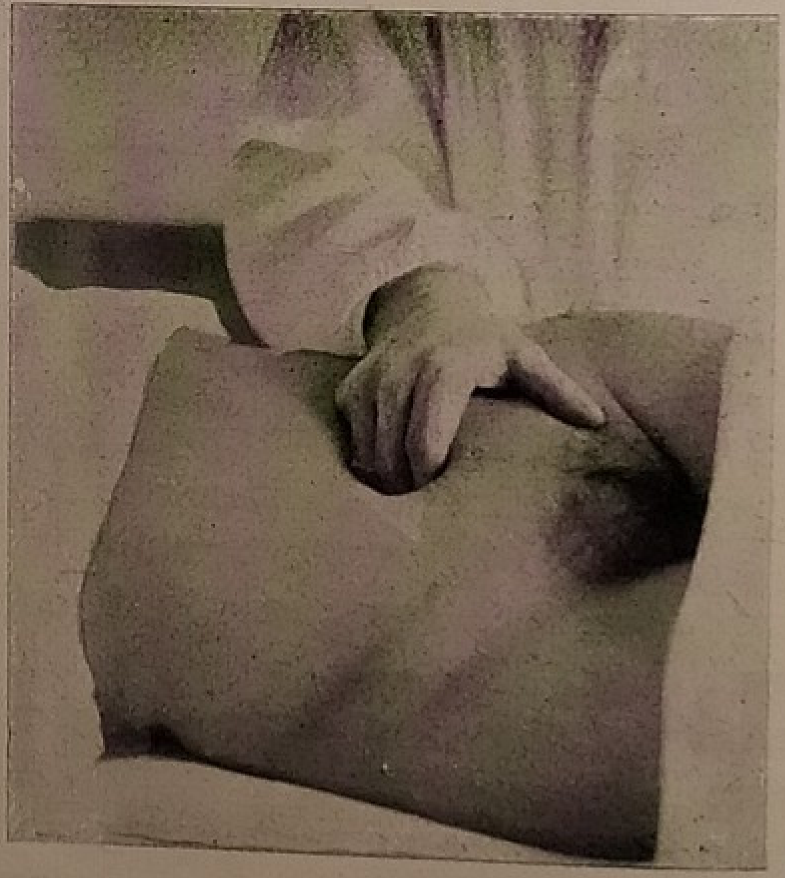
rapporti coi vari visceri, coll'intestino, la tendenza a spostarsi, più in un senso che in un altro, arriveremo anche ad una diagnosi di sede oltre che di natura. Ove non appaiano nè all'esame esterno, nè alla palpazione del grande addome tumefazioni di rilievo, dobbiamo portare la indagine accurata per individuare l'eventuale abnorme contenuto della pelvi e del grande bacino. Per questa manovra occorre deprimere forte la parete; perciò bisogna provocarne il rilasciamento con la posizione adatta; con la pazienza, con la calma, si riesce quasi sempre; utile è anche profittare dei movimenti respiratori affondando la mano ad ogni espirazione in modo da guadagnare terreno a poco a poco; anche serve fare delle manovre blande come di massaggio circolare.

FIG. 10. – Obesità, simulante un tumore (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Una posizione che talora facilita il compito è quella (proposta da Dorello, basata sull'antagonismo fra gruppi muscolari) in cui la donna solleva il bacino puntandosi sui calcagni.

Vanno, si intende, evitate le manovre brusche, l'uso della mano fredda, la pressione esagerata e non si insisterà se ci siano segni di difesa addominale, o si provochi dolore.

A



B

FIG. 11 – Come si saggia la depressibilità dell'addome: *A*, la mano può affondarsi nella pelvi; *B*, la mano è arrestata a 4 dita sopra la sinfisi.

Nei casi buoni si può infossare la mano fino a toccare la colonna vertebrale, individuando il promontorio; si percepiscono bene eventuali abnormi

tumefazioni a carico dei genitali, mentre anche così non è raggiungibile l'apparato genitale normale. Per questa manovra usiamo di solito una sola mano; quella eteronima al lato in cui ci siamo messi (p. es. se stiamo a destra della donna adoperiamo la mano sinistra), col suo margine cubitale appoggiato alla cute e la affondiamo verso lo scavo.

Possiamo anche usare le due mani abbracciando così tutta la parete in esame.

Se c'è qualche tumore, o un aumento dell'utero per gravidanza, la mano viene arrestata nettamente a un livello più o meno alto.

Circa ai pensieri diagnostici da formulare premettiamo che dobbiamo sempre nella età feconda prospettarci il caso di una gravidanza, special-

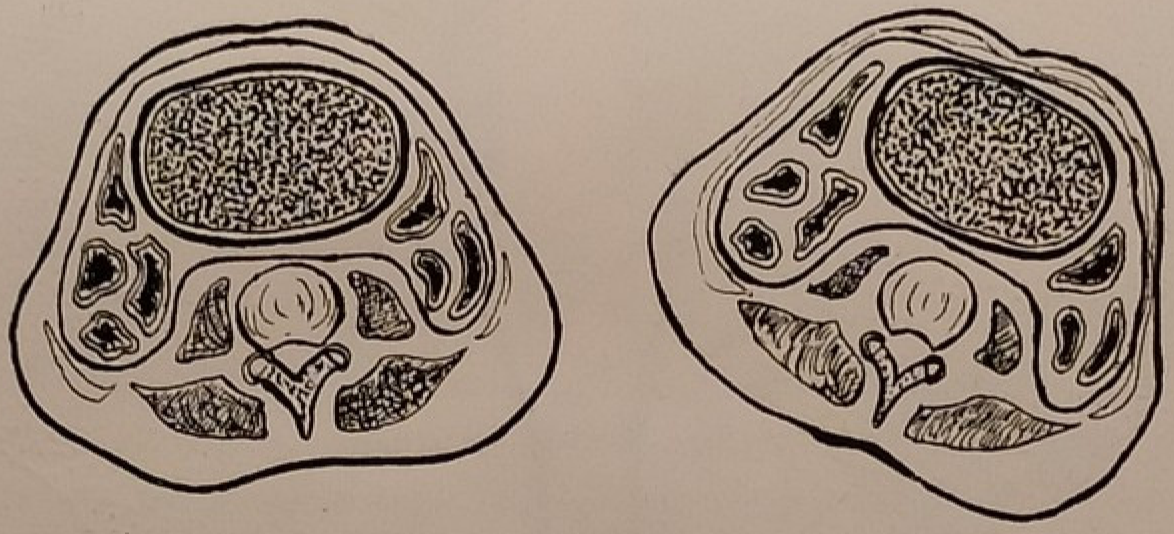


FIG. 12. – Contegno di un tumore addominale nello spostamento laterale del tronco.

mente nei tumori mediani, che si affondini nella pelvi. Purchè ci si pensi, non sfuggiranno i caratteri, noti dai testi di ostetricia, di consistenza pastoso-elastica con alternative di contrazioni, il ballottamento di parti fetali, l'eventuale battito fetale o soffio uterino, ecc.

L'esame genitale diretto permetterà poi di accertare la diagnosi, anche nei casi dubbi, ma l'importante è di averci pensato.

Una manovra consigliabile nei casi di interpretazione non chiara sulla sede di qualche massa addominale consiste nello spostare la malata lateral-

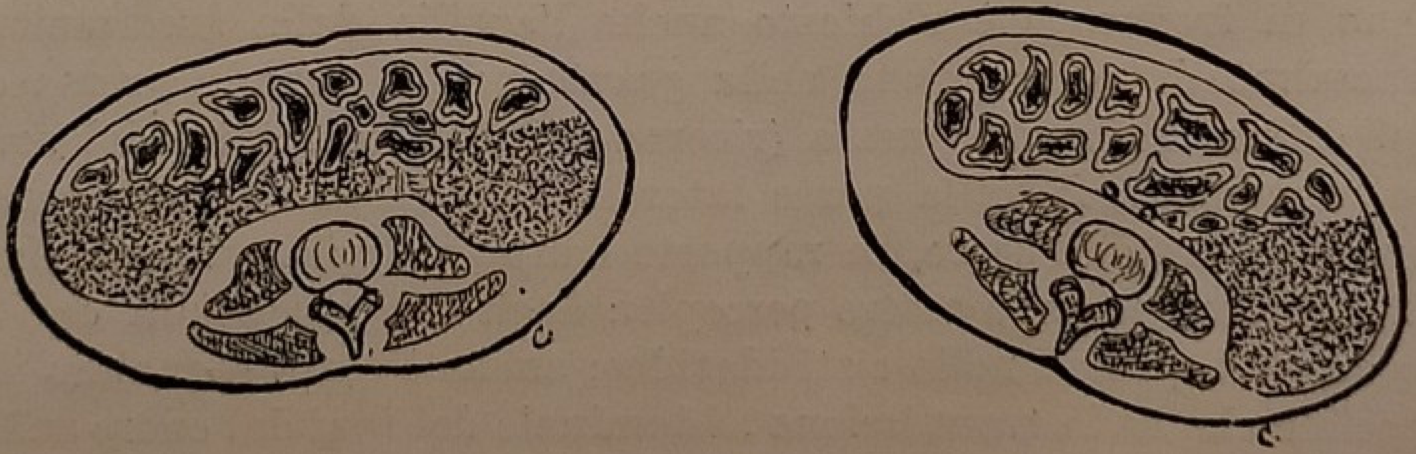


FIG. 13. – Spostamento di un versamento libero peritoneale secondo il decubito.

mente, ma più ancora mettendola nella posizione di Trendelenburg; tumori sorgenti da organi extragenitali avranno spiccata tendenza a risalire, se pur non manchino eccezioni nei casi p. es. di aderenze vincolatrici in basso.

Anche la percussione può venire utilizzata nelle varie posizioni.

Essa ci testimonierà p. es. della presenza di anse intestinali al davanti della massa neoplastica (come nei tumori retroperitonali) ovvero ci assicu-

rerà che nelle parti declivi il suono è chiaro permettendoci così di definire la diagnosi fra tumore cistico (come quelli parovarici a pareti per lo più poco tese) e versamento libero; anche acquista di solito importanza la linea segnata dal limite superiore della ottusità, la quale è notoriamente convessa in alto nelle raccolte cistiche, mentre è concava nelle raccolte libere.

È bene inteso che ogni reperto va opportunamente valutato alla stregua degli altri dati clinici e così p. es. non va dimenticato che a volte lo sche-

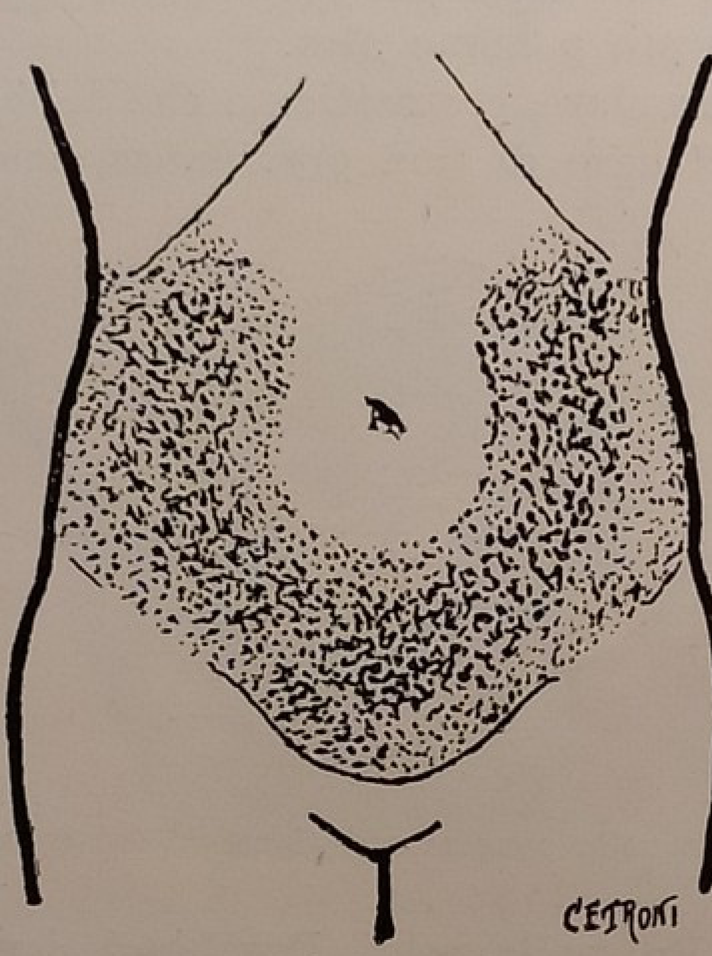


FIG. 14.
Ottusità nelle raccolte peritoneali libere.

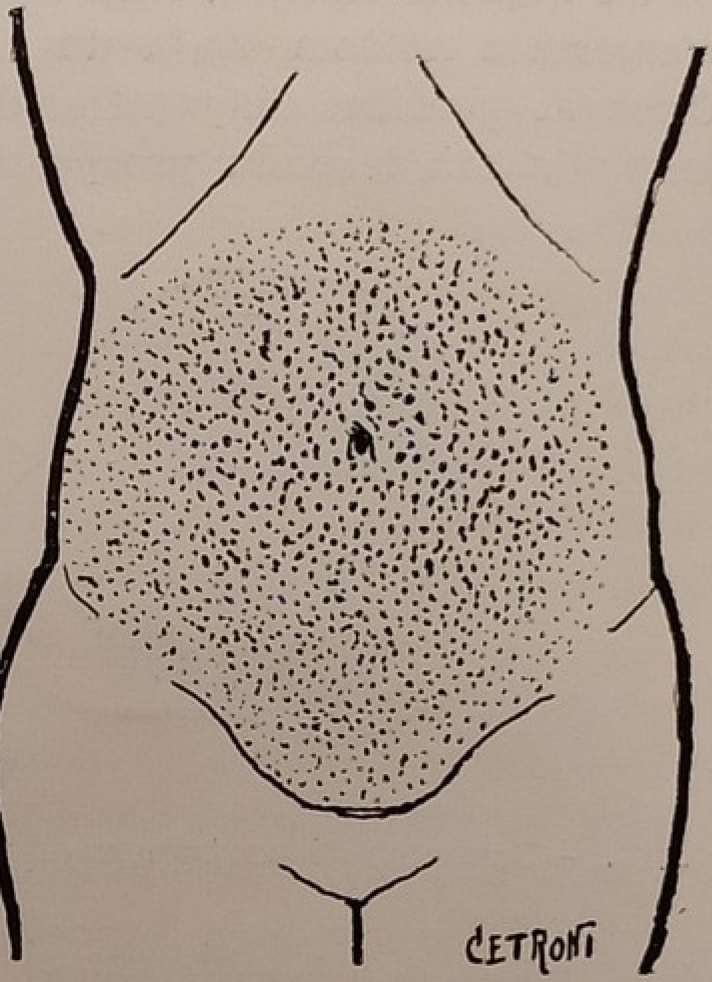


FIG. 15.
Ottusità nei tumori addominali.

matismo suddetto manca per la flaccidità naturale o secondaria (p. es. a puntura evacuatrice) della cisti, ovvero per i rapporti del mesentere troppo breve in senso assoluto o divenuto tale nelle raccolte enormi. Nè vanno dimenticate le possibilità di aderenze o le variazioni nello stesso intestino (meteorismo, paresi).

Meno di frequente è richiesto anche l'ausilio della ascoltazione; essa ha il massimo di utilizzazione nella gravidanza o quando prema di porre diagnosi differenziali con questa (ricerca del battito fetale, del soffio). Ricordare però che soffi nella parte laterale dell'addome si ascoltano anche nei tumori fibrosi dell'utero, in rapporto con la maggiore vascolarizzazione.

Altri rumori possono essere percepiti: degli sfregamenti in casi di aderenze o crepitii speciali nelle cisti idatidee; anche è stato segnalato il significato speciale che ha la trasmissione addominale dei toni del cuore sull'ambito del tumore, come indizio di aderenze parietali estese (Piazza Martini).

L'esame genitale.

Esso comprende anzitutto la ispezione dei genitali esterni e il riconoscimento delle eventuali lesioni che ivi esistano, congenite o acquisite, l'esame vaginale, e l'esame combinato addominovaginale.

Dell'abbigliamento della donna abbiamo già detto (pag. 33).

La posizione da preferire è quella detta anche ostetricamente classica o sacrodorsale, quale si ottiene nel modo migliore facendo mettere la donna sulla sedia ginecologica, di cui si sia alquanto sollevata la parte posteriore.

Fig. 16. – Posizione sacro-dorsale.

Fig. 17. – Posizione lombo-dorsale (accentuata flessione delle coscie).

Secondo i modelli e la simpatia personale, si fanno appoggiare su appositi sostegni i piedi della donna a livello del letto, oppure su sostegni curvi tenuti più alti si fa adattare la regione del ginocchio.

Nell'un caso o nell'altro otteniamo una modica flessione delle coscie sull'addome, utilissima per mantenere rilasciate le pareti addominali, il che è fondamentale in quella fase dell'esame, in cui ricorriamo all'uso di entrambe le mani.

Alcune volte o per metter meglio in evidenza strumentalmente i genitali interni o per meglio apprezzare il reperto profondo, conviene di accen-

Fig. 18. – Rapporti pelvici nella posizione sacro-dorsale (da Bumm).

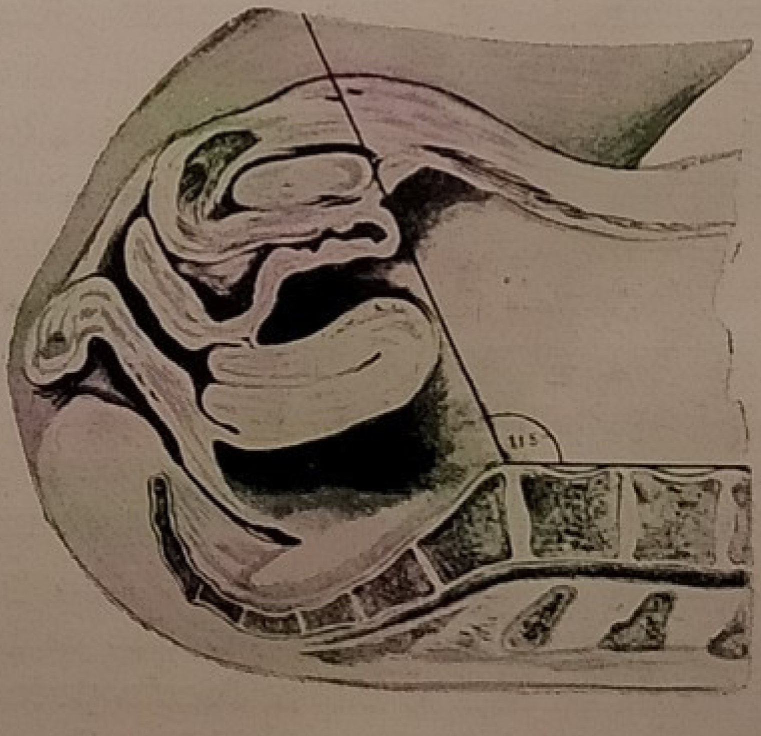


Fig. 19. – Rapporti pelvici nella posizione lombo-dorsale (da Bumm).

tuare la flessione delle coscie. Si parla allora di posizione *lombodorsale* (invece che di sacrodorsale); per lo spostamento che subisce l'asse di inclinazione del bacino si mutano favorevolmente i rapporti degli organi pelvici, come risulta più che dal discorso dalle figure qui riprodotte.

Per ottenere la posizione dorsolombare bisognerà far flettere forte le coscie da chi ci assiste; si può anche sollevare in alto i reggicoscie e farvi

appoggiare i piedi. Tale posizione del resto serve piuttosto nel corso di interventi vaginali che del semplice esame diagnostico, per quanto non si debba dimenticare che talora facilita il reperto.

Altre posizioni meno usate sono quella laterale e genupettorale.

La posizione laterale sul fianco, con una coscia flessa, è preferita nei paesi anglosassoni; da noi ci si ricorrerà in casi rari, quando si voglia esplorare in modo speciale una metà del bacino.

Più spesso ricorriamo alla posizione genupettorale, nella quale si ottiene una maggiore distensione della vagina e una migliore visibilità, utile in dati

A *B*

FIG. 20. – Posizione genupettorale.

A, Atteggiamento scorretto. *B*, Atteggiamento buono.

casi, p. es. di fistole vescico-vaginali; anche ce ne serviamo talora nel ridurre delle retroflessioni e nelle operazioni vaginali.

Accenniamo appena che talora saggeremo il contegno del reperto avuto anche in posizione declive di Trendelenburg. Le comuni sedie ginecologiche rispondono appunto alla possibilità di variare le posizioni della malata.

Fuori del proprio ambulatorio ci si accontenterà dell'esame nella posizione dorsale sul letto, facendo sollevare e flettere le gambe. Del resto non è difficile, quando se ne ritenga il caso, di ottenere la posizione ostetrica; basta disporre la malata di traverso sul letto col sacro all'orlo di esso e si faranno sostenere dai famigliari le coscie flesse sull'addome.

Norme di asepsi. È elementare che dobbiamo seguire negli esami vaginali le norme correnti di asepsi. Si intende che non occorre esagerare.

Come sarebbe colpevole chi passasse disinvoltamente con mani o con strumenti non disinfettati da una malata all'altra in caso di blenorragia o di altre infezioni, così non si può nemmeno pretendere nell'esercizio pratico corrente, che si proceda ad una prolungata disinfezione delle mani come per le grosse operazioni, o che si facciano bollire ogni volta i guanti se ci serviamo di essi, o che si faccia precedere una disinfezione dei genitali esterni come per gli intenventi. *Est modus in rebus.* Se però concediamo questo alle esigenze pratiche, non dimentichiamo mai tuttavia che dobbiamo ben guardarci dall'essere causa del trasporto di una infezione da una ad altra ammalata; ricordiamo la facilità con cui nel corso stesso dell'esame si producono delle soluzioni di continuo, possibili porte di ingresso di germi ed inoltre non si dimentichi che talora, mentre esaminiamo una donna metrorragica, ci troviamo di fronte ad un collo dell'utero beante e che quindi il nostro dito va così a finire vicino alla cavità uterina; nè si scordi la comunicazione diretta della cavità genitale col peritoneo.

Nelle contingenze comuni della pratica consigliamo l'uso dei guanti di gomma completi, non del solo dito, che ci pare meno comodo.

L'usare i guanti è anzitutto una garanzia per sè stessi, di fronte a materiali vaginali, che potrebbero anche esser infettanti. Ed è una garanzia per le malate. Anche senza bollirli è presto fatto con dell'alcool lavare i guanti, con la loro superficie liscia ben più facilmente sterilizzabile che non la cute. In caso poi che ci capiti di imbatterci in forme infettive, icorose (cancri in sfacelo) li metteremo a bollire dopo l'uso.

Nei casi comuni può essere sufficiente una buona detersione, seguita dall'uso di qualche antisettico o dell'alcool per toglierci ogni preoccupazione. Gli strumenti, che del resto adopreremo solo di raro (e tanto meno tanto più avremo perfezionato la nostra sensibilità) vanno bolliti in ogni caso anche lontanamente sospetto o per lo meno mantenuti a lungo in soluzione disinfettante. Per gli strumenti l'ideale sarebbe di avere una bollitrice a portata di mano, magari elettrica.

Altri consiglia di usare i guanti solo per i casi infetti. Ma si cozza contro la difficoltà di saperlo prima, per quanto la anamnesi possa già orientare al riguardo.

E poi è meglio assuefare il dito sempre allo stesso tipo di sensazione. Nè è da ritenere che la finezza del tatto ne scapiti; è questione di esercizio e di abitudine. Qui non viene in campo la questione economica, perchè, dovendo farli bollire poco e non usando strumenti che possano lederli, la durata dei guanti è grandissima, in modo da costituire una spesa insignificante.

Che mano usare?

L'ammaestramento generalmente dato è di addestrarsi con le due mani, sopratutto per essere pronti all'esame in qualunque lato si trovi una malata, che noi andiamo a vedere al suo letto. Non sempre infatti essa occuperà il lato destro del letto, talora giace a sinistra e chi non abbia dimestichezza anche con l'esame colla mano sinistra dovrà far mutare lato alla malata, il che può essere noioso per la donna o causa di dolore o controindicato nella eventualità che occorra una immobilità assoluta. Più importante è un altro vantaggio di essere ambidestro: con ciascuna mano si apprezzano nel modo migliore le particolarità della metà corrispondente del bacino e può quindi talora convenire approfondire l'esame prima con l'una poi con l'altra mano. Vero è che si ottiene di palpare bene d'ambo i lati se si dia la opportuna inclinazione alle dita introdotte nella vagina; ma non si può negare la facilitazione su detta.

È però anche da dire che non è facile divenire ambidestro sul serio; secondo che di solito si usi l'una o l'altra mano si acquisterà più finezza e più attitudine a percepire anche rilievi delicati con una mano invece che con l'altra e perciò praticamente noi diciamo: specialmente a chi non possa avere occasione di esercitazione frequente quotidiana in esami vaginali – come appunto capita ai medici pratici, che non si trovano in tale opportunità tutti i giorni – è meglio addestrarsi bene con la mano più usata abitualmente. Poco male se si dovrà spostare una malata dal suo posto del letto. In Germania quasi dalla generalità viene usata la mano sinistra; da noi la maggioranza si serve della destra; non ci sono vantaggi speciali per l'una o per l'altra. Con la mano più usata, p. es. la destra, è possibile senza produrre molestia alla donna esplorare anche la parte sinistra del bacino; volendo usare la mano sinistra, si potrà anche avere un rilievo discreto delle anormalità genitali in genere, ma con fatica palperemo in modo speciale la metà destra della pelvi.

E l'essere veramente ambidestro è virtù solo di pochi.

Esercitarsi dunque, benissimo; volervi insistere per partito preso non è consigliabile, perchè può esporre a giudizi non corretti; meglio confessare a se stesso che il reperto avuto non è cosí chiaro come si vorrebbe e passare ad esaminare anche con la mano più addestrata.

Uno o due dita?

Anche qui molto dipende dalla abitudine. In linea generale è consigliabile usare solo l'indice, allo scopo di abituarsi per i casi in cui l'esame unidigitale sia il solo possibile.

Nelle vergini, nelle donne con vaginismo, o con flogosi dei genitali, nelle stenosi, così come per l'esame rettale, si deve usare il solo indice.

Negli altri casi può essere indifferente. Certo la palpazione profonda è più ampia e più fruttuosa con l'indice e il medio opportunamente adoperati, ma non è necessaria per un rilievo di massima. Infiltrazioni flogistiche o versamenti ematici del Douglas, retroflessioni uterine, tumori, ecc., possono venire individualizzati convenientemente anche con il solo indice.

Il consiglio che ci pare di poter dare è in genere il seguente: nelle pluripare o comunque nei casi con genitali ampi, siano o no lacerati, si può senz'altro ricorrere all' uso delle due dita per non andare incontro alla eventualità di dover ripetere in secondo tempo la introduzione del 2º dito: nei casi invece di genitali angusti, di nullipare, di donne che riferiscono di dolenzie locali o che si dimostrano in istato di apprensione per l'esame, che ritengono doloroso e che quindi paventano, sarà migliore consiglio di usare il solo indice: in tal modo, anche se il reperto non sarà proprio completo, l'esame riuscirà meno molesto e meno doloroso e così ci acquistiamo la confidenza della donna, e, in secondo tempo, se non ci sia particolare urgenza del decidere una diagnosi potremo fare l'esame con le due dita.

Del resto non è detto che riconosciuta la insufficienza di un dito solo sia poi necessario toglierlo per portare nella vagina anche il medio; di solito anzi, dopo aver fatto il primo esame col solo indice, se si riconosce la opportunità di introdurre anche il medio, si procede così: si deprime il piano perineale con l'indice ruotandolo in modo che il margine radiale si porti verso destra quando si usi la mano destra (viceversa se si usa la sinistra), in modo tale da far posto al dito medio che si farà passare sopra all'indice; poi una volta introdottolo si ruotano in maniera che il medio riprenda la posizione posteriore rispetto all'indice. La manovra è semplice quando ci si faccia un po' di pratica e non riesce molesta; ad ogni modo poco male anche ritirare il primo dito e introdurre poi i due assieme.

Atteggiamento delle dita.

La introduzione delle dita nella vagina va fatta senza sforzo, dolcemente seguendone l'asse, verso la profondità, un po' indietro, nel senso del sacro; la mano viene tenuta in posizione intermedia fra pronazione e supinazione, col margine radiale in avanti (non sollevarlo troppo per non urtare contro il margine inferiore della sinfisi); le altre dita sono flesse su la palma mentre il pollice resta esteso e rivolto in alto; con questo ultimo occorre evitare di far pressione sulla regione della clitoride; evitare la rigidità del polso e delle dita (in questo difetto cadono spesso i principianti); non si devono inoltre moltiplicare i movimenti delle dita; tutta la manovra va dominata dalla dolcezza.

In un primo tempo il dito introdotto nella vagina scorrendo verso la parte alta si accerta delle condizioni della parete circa alla direzione, alla levigatezza, o alle eventuali rilevatezze che vi si trovassero; in caso negativo non si attarda e procede senz'altro verso il collo che è riconoscibile

per la consistenza più dura, per la superficie liscia e per la presenza dell'orifizio esterno. Di solito il collo dell'utero è raggiunto profondamente e posteriormente, ed ha l'orifizio esterno rivolto in basso e indietro: ma condizioni patologiche multiple possono spostarlo. Ricordiamo ad es. le ipoplasie utero-vaginali in cui è facile incontrarlo appena a pochissima distanza della vulva; alle volte è tutto in avanti e in avanti guarda l'orifizio esterno (retroverso-flessione); a volte è stirato *in toto* in alto, fino a essere a mala pena raggiungibile o dietro la sinfisi del pube o dietro il promontorio sacrale (tumori infralegamentosi, parametriti, ematocele, postumi di ventrofissazione, ecc.).

Rintracciato il collo, si tratta ora di identificare le condizioni della *portio* vaginale in tutti i caratteri, che hanno importanza diagnostica: alcuni sono fondamentali, così la consistenza dura, la friabilità, sono indizio di lesione neoplastica maligna; la facilità a sanguinare parla per una lesione anatomica sia benigna (erosioni, polipi mucosi), sia maligna (cancro, sarcoma, tubercolosi).

L'orifizio esterno, puntiforme o regolare nelle nullipare, è ampio, trasversalmente esteso, in caso di parti pregressi; talora arriva fino al fornice da uno o da ambo i lati, nelle lacerazioni, sia spontanee (da parti), sia traumatiche (dilatazioni artificiali nel parto, discissioni cervicali).

Far bene attenzione se si percepisca qualche corpo sporgere dall'orifizio esterno: a volte piccoli polipi mucosi scivolano di lato e sfuggono, ma se l'indice gira circolarmente poggiato sull'orifizio si riconoscono bene, salvo poi a identificarne i caratteri con la vista (speculum) (1).

Non sfuggono, si intende, i polipi duri, fibrosi, anche se non sporgono e solo si affacciano all'O. E., che vanno distendendo.

A volte troviamo proprio una vera dilatazione e anche un assottigliamento del collo, analoghi a quelli del travaglio: e ciò quando tumori fibrosi dell'utero stiano estrinsecandosi verso l'esterno. Nel campo della diagnosi differenziale con la gravidanza, sia nelle fasi iniziali, sia nei mesi avanzati, uno dei caratteri importanti lo cerchiamo appunto nel rammollimento del collo, che con l'esame combinato permetterà di sentire il cosidetto segno di Hégar.

---

(1) A proposito dei polipi cervicali ricordiamo la possibilità d'un singolare equivoco diagnostico con una sanguisuga.

Si trattava nel mio caso (Sch. 437 M. G., anno 1914) di una multipara presentatasi allo Ambulatorio della Clinica per una metrorragia profusa e insistente da parecchi giorni così da ridurre la paziente in uno stato di anemia accentuata. All'esame genitale si era riscontrato un corpo molliccio, cilindroide, sporgente dall'orifizio esterno del canale cervicale, svasato per antica lacerazione. Riservando a un ulteriore esame di precisare la natura del presunto polipo cervicale, si erano prescritte intanto delle lavande vaginali calde. Durante una di esse, l'allieva che l'eseguiva si accorse di un corpo scuro, che si affacciava ai genitali esterni, e fu allora facile identificarlo per una sanguisuga. La donna, riavutasi dalla crisi nervosa in cui era caduta per il raccapriccio di aver avuto un tale ospite nei propri genitali, ricordò di aver fatto, qualche tempo prima delle emorragie, un bagno in un fossato di campagna, dove era notorio esservi delle sanguisughe. La connessione causale fra bagno e metrorragia era stata notata dalla donna, ma interpretata come conseguenza dell'essersi bagnata nell'epoca premestruale. Ed invece era ben più intima, dovuta all'ospitalità inavvertitamente data in quell'occasione a una sanguisuga intraprendente. In pochi giorni la donna si rimise nello stato generale, cessando del tutto ogni emorragia.

Il dito nel fornice anteriore raggiunge quasi direttamente il dito esterno applicato sulla faccia posteriore della parte istmica, quasi che collo e corpo restino separati.

Un carattere opposto importa anche tener presente; quello della possibile rigidità abnorme a livello dell'istmo, che talora è il solo sintomo precoce che può fare sospettare una localizzazione cancerosa del canale cervicale.

Passeremo poi a riconoscere i caratteri dei fornici e dei tessuti sovrastanti – profondità, cedevolezza, dolorabilità, eventuale palleggiamento (della testa fetale, in gravidanza; di tumori concomitanti a versamento libero).

Sopratutto trarremo preziosi dati sul cellulare e sul peritoneo pelvico (peritoniti, ematoceli, parametriti, in cui i fornici possono essere annullati o depressi, ma deformati sono anche nei tumori cervicali ed in quelli a sviluppo infralegamentoso).

Gli ulteriori accertamenti obbiettivi richiedono la cooperazione anche della mano esterna, ossia l'*esame combinato*.

Esame combinato addomino-genitale.

È la manovra fondamentale della semeiotica ginecologica: per la padronanza della sua tecnica è necessaria una lunga esperienza: solo con questa si acquistano la destrezza e la sensibilità occorrenti e si mettono in opera i vari

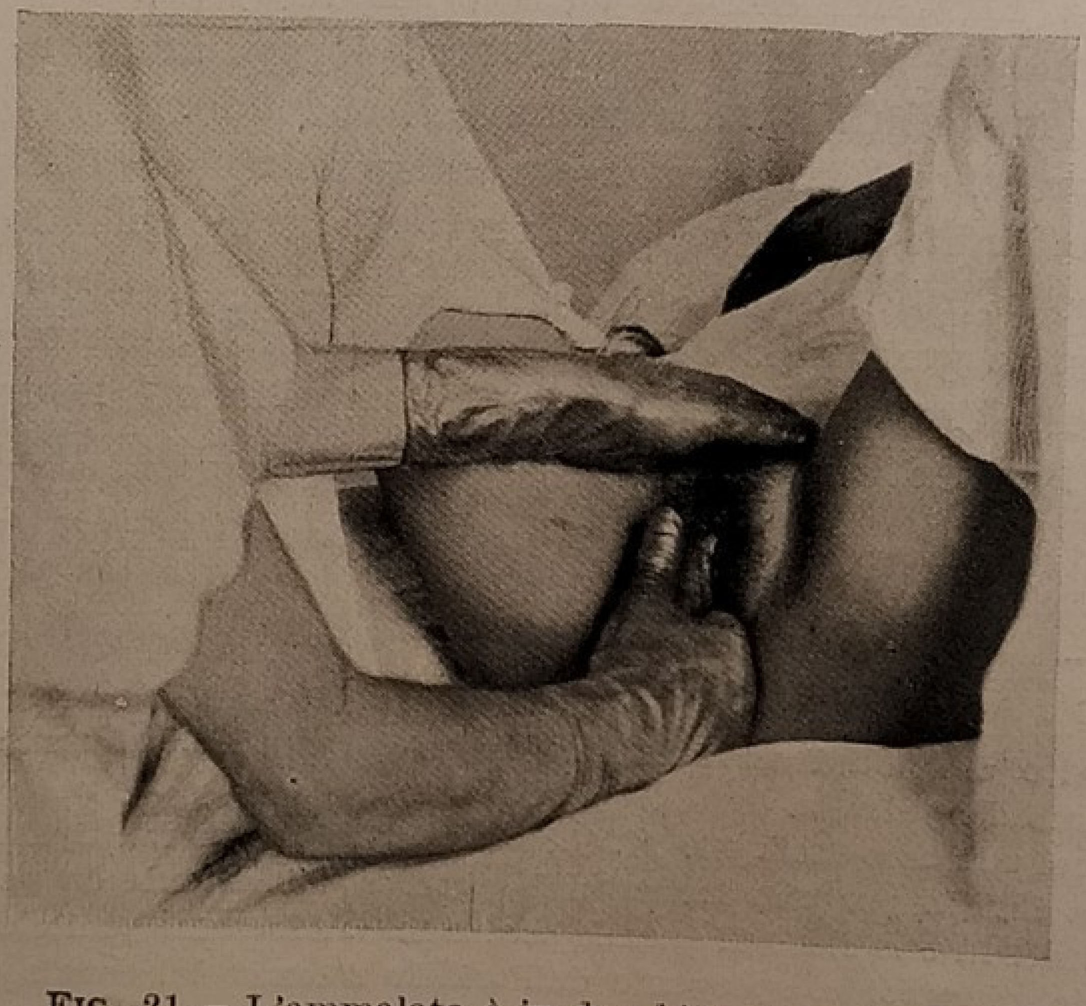


FIG. 21. – L'ammalata è in decubito sacro dorsale sul letto; il medico si siede sull'orlo di questo; atteggiamento delle mani per l'esame combinato.

accorgimenti opportuni in quel dato caso. La tecnica non si può apprendere dal libro: occorre l'addestramento sulla donna e la viva voce dell'insegnante.

Qui bisogna limitarci a dare qualche linea direttiva generale.

Il fine di tale indagine è in fondo di apprezzare fra le due mani il contenuto della pelvi in modo da fondere per così dire il reperto palpatorio dell'addome e quello della vagina.

Il semplice esame vaginale permette di percepire posizione, forma, volume, mobilità, ecc. della *portio* e i caratteri dei fornici; l'esame addominale, anche con la palpazione più profonda, non lascia percepire un utero di dimensioni regolari, nè delle tumefazioni di piccolo volume accolte nello scavo; l'esame combinato invece dà il modo di circoscrivere fra le dita in vagina e la mano esterna, infossata profondamente mediante la depressione della parete addominale, il contenuto della pelvi anche in condizioni normali. L'utero e le ovaie sono sempre bene percepibili; sfuggono di solito le trombe se perfettamente normali, ma si possono bene delimitare tutti i reperti anormali.

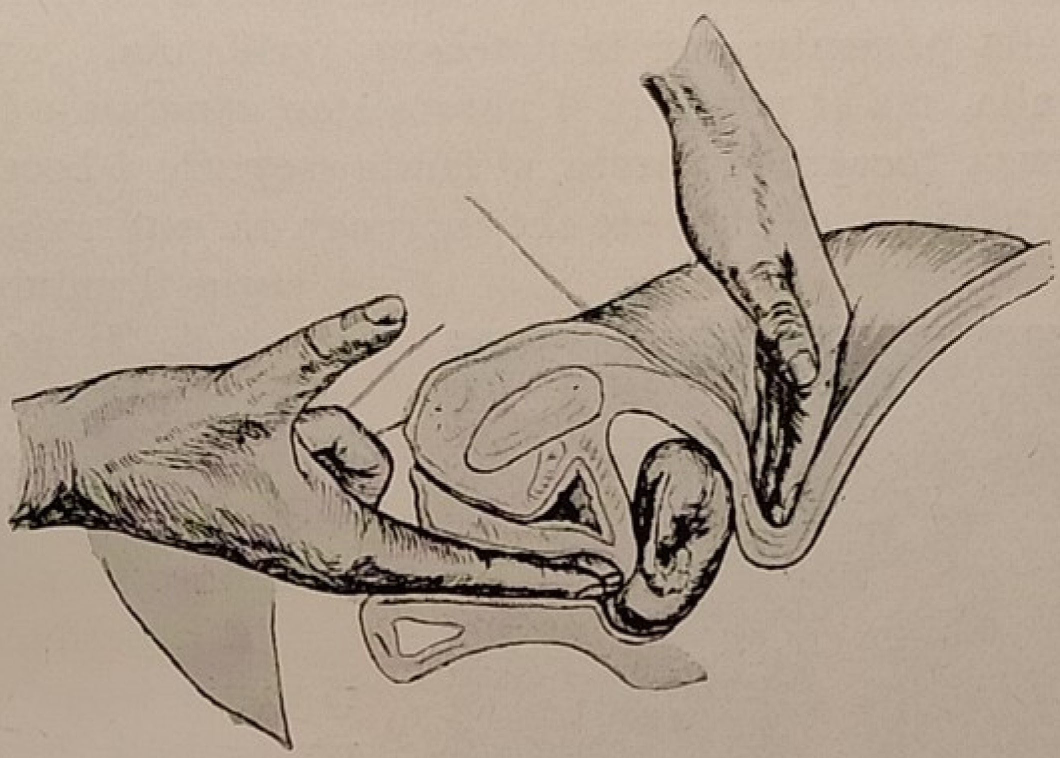


FIG. 22. – Schema dimostrante l'atteggiamento delle due mani nell'esame combinato (da WEIBEL).

La posizione della donna è quella già nota. Chi fa l'esame si pone fra le coscie divaricate se la malata è sulla sedia ginecologica; se l'esame è fatto sul letto conviene sedersi sull'orlo di questo, quando lasciamo la donna nella sua posizione, limitandoci a far sollevare le coscie.

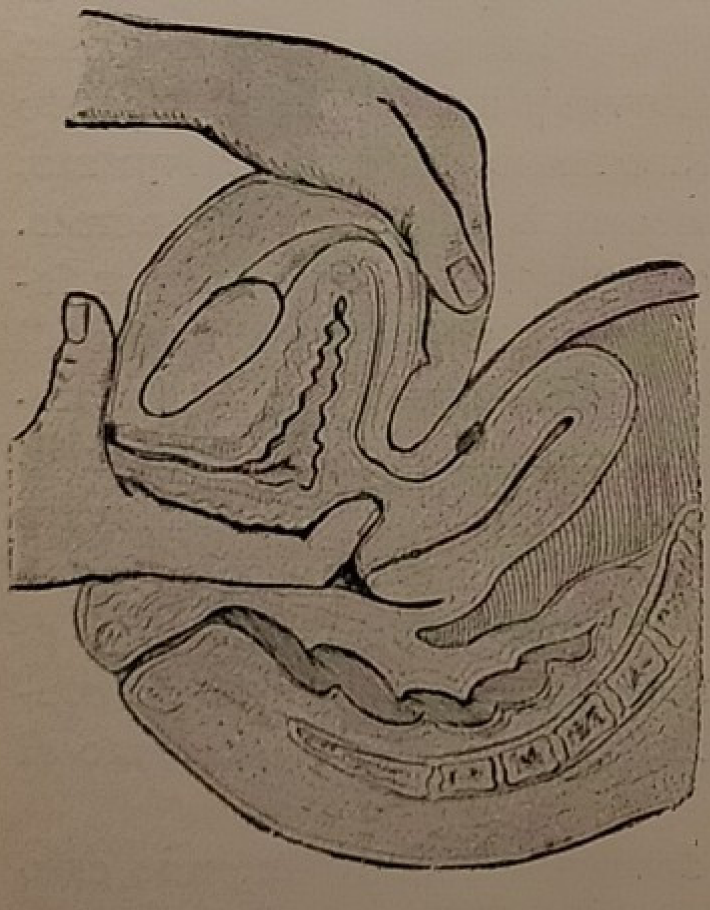


FIG. 23. – La mano esterna è troppo vicina al pube; l'utero sfugge (da ASHTON).

Appena introdotto l'indice di una mano nella vagina, l'altra mano, che aveva intanto divaricato i genitali esterni, passa subito sull'addome, nella regione sovrapubica: precisati rapidamente i rilievi vaginali e cervicali dal dito interno, si inizia subito la cooperazione fra le due mani. Il dito interno, voltato di solito colla faccia palmare in avanti, dà sostegno al collo, mentre la mano esterna deprime gradatamente la parete dell'addome dall'alto in basso fino a incontrare la resistenza del corpo dell'utero, di cui si potrà così fra le due dita riconoscere la grandezza, la superficie regolare liscia o bernoccoluta (fibromi), la consistenza, la mobilità e così via.

I principianti tendono spesso a porre la mano esterna troppo in basso vicino al pube e allora avviene che portando il dito interno nel fornice anteriore le due mani si incontrano per così dire a vuoto; conviene poggiare la mano esterna più in alto e poi progressivamente portarla in basso, man mano che si deprime la parete. Anche il volume non è sempre bene apprezzato: c'è di solito la tendenza a non tener conto dello spessore delle pareti addominali, ritenendo utero o tumefazioni abnormi più grosse che non siano in realtà.

La depressibilità della parete addominale è condizione indispensabile. Manca talora o per il grasso esuberante, o per la difesa muscolare, sia da dolore, sia da paura, oppure è in giuoco solo un difettoso atteggiamento della malata, o un cattivo modo di respirare. Se il respiro è trattenuto o irregolare si ha una tale pressione addominale da non poter deprimere la parete. Uno dei primi accorgimenti è infatti quello di regolare il respiro della paziente; con la dolcezza (gridando, arrabbiandosi, non si ottiene nulla, ma si peggiora il nervosismo generale e l'eccessiva sensibilità). Anche senza toccare la parete, si fanno eseguire a bocca aperta dei profondi respiri, curando specialmente che sia lunga la espirazione: allora con la mano esterna si segue il movimento rientrante della parete cercando di non perdere tutto il guadagno nella inspirazione successiva; così, grado grado, aiutandosi anche con una specie di massaggio circolare si riesce nel più delle volte ad affondare la mano quanto basta.

Fig. 21. – Modo di far sostenere le coscie della malata, lasciando libere le mani di chi assiste.

È superfluo dire che eviteremo di usare la mano troppo fredda, o di poggiare solo le punte delle dita in luogo della mano intera. Può esser utile anche distrarre l'attenzione della paziente con discorsi vari. Ma a volte non si riesce: la contrattura della parete è tale da non lasciare apprezzare nulla: ci si deve contentare dei reperti avuti coll'esame vaginale: talora, se non vediamo ragioni di speciale necessità, potremo desistere e spesso troviamo la manovra più facile in un secondo esame fatto più o meno distante dal primo; altre volte si ricorrerà alla narcosi generale.

Fra gli accorgimenti consigliati per facilitare questo esame, ricordiamo quello di far tenere a lungo l'urina in modo da distendere molto la vescica: la si svuoterà immediatamente prima dell'esame; sembra che le pareti addominali restino più cedevoli (*Sellheim*). Anche è stato consigliato di far sollevare e abbassare il bacino alternativamente facendo lo sforzo sulle gambe. Meno comodo pare il mezzo, pure usato (*Hirsch*, della clinica di Döderlein), di introdurre nel retto un tubo di gomma o di metallo, del calibro di 1-2 centimetri; la malata deve, durante l'esame, far contrarre lo sfintere attorno al tubo, come se volesse trattenere le feci.

È opportuno comunque soggiungere che dovremo ben distinguere caso da caso: sopratutto differenziando quelli in cui l'irrigidimento della parete è solo in rapporto con lo stato emotivo, e quello in cui c'è una reale difesa muscolare, p. es. da reazione peritoneale. Voler insistere in questo ultimo caso sarebbe pericoloso.

Fra le varie manualità che compiamo nel corso dell'esame combinato ricordiamo le seguenti: per la ricerca del contenuto delle parti laterali del bacino portiamo la mano esterna di lato e il dito interno nell'uno o nell'altro fornice: usando la mano destra si domina ottimamente la metà destra dello scavo e viceversa; per l'altra metà o si usa l'altra mano, o si ruota l'indice

in modo tale da portare la faccia palmare in alto e dal lato opposto. Qualche volta occorre precisare se una certa tumefazione faccia o no corpo con l'utero: stirandola in alto con la mano esterna vedremo se il collo segue o no il movimento.

Altre volte cercheremo di insinuare le dita lateralmente ad una tumefazione percepita; se le potremo congiungere penseremo a un tumore ovarico

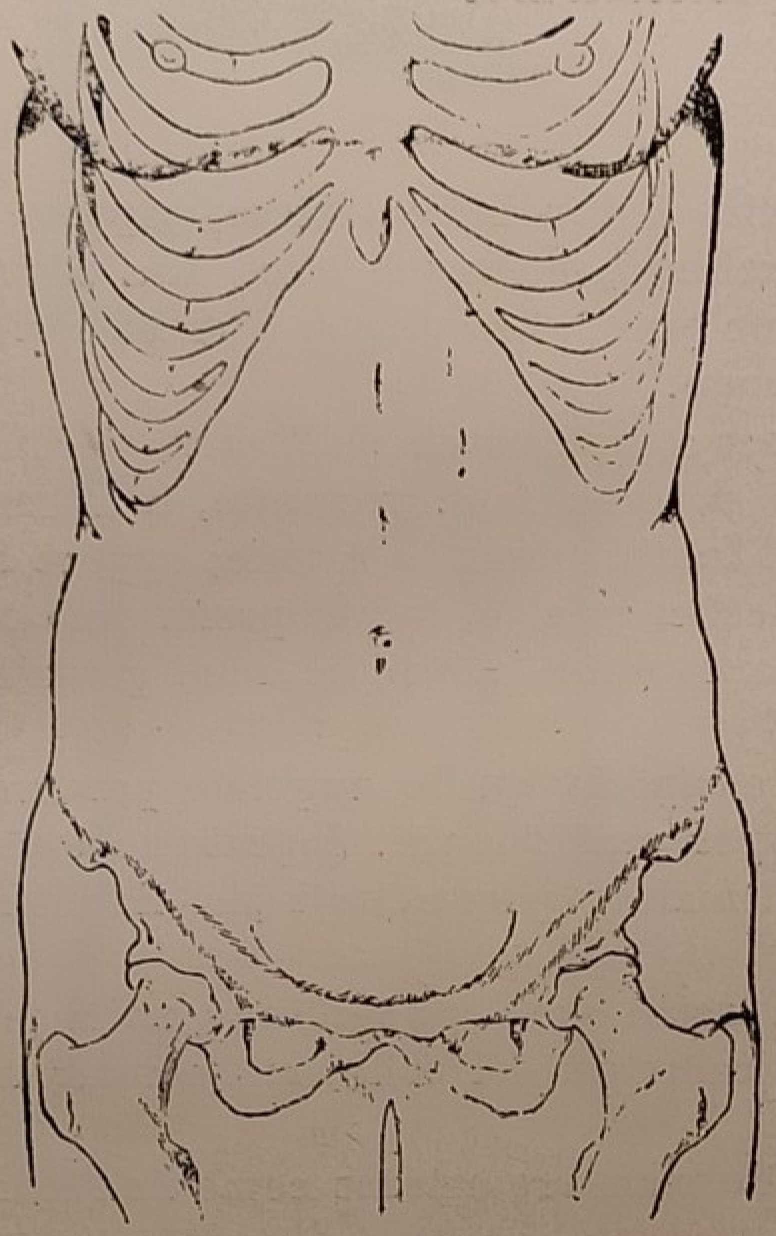


Fig. 25.

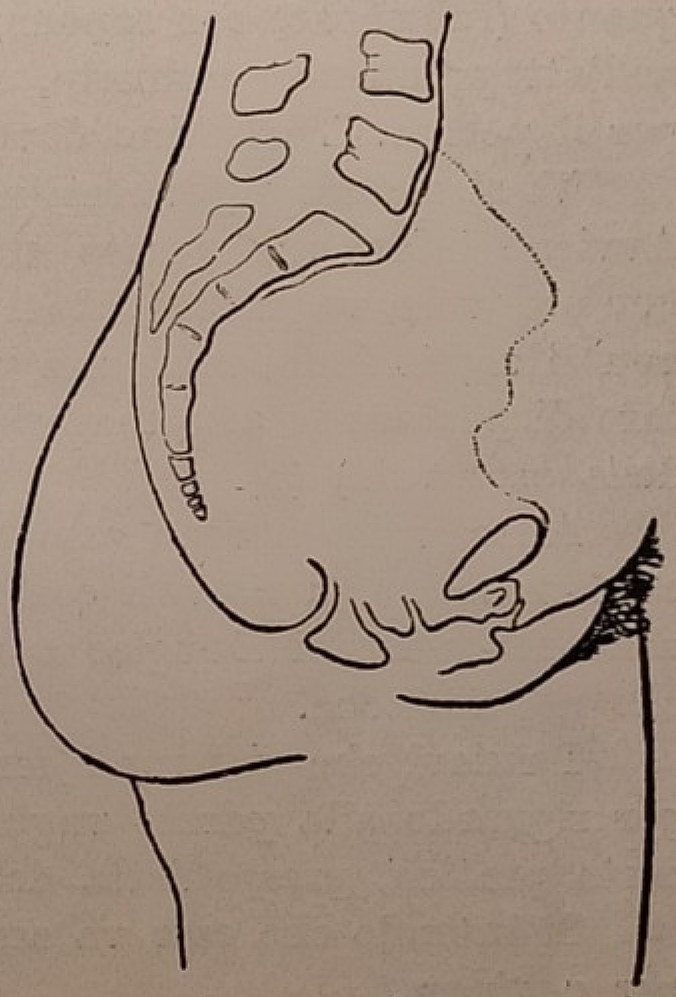


Fig. 26.

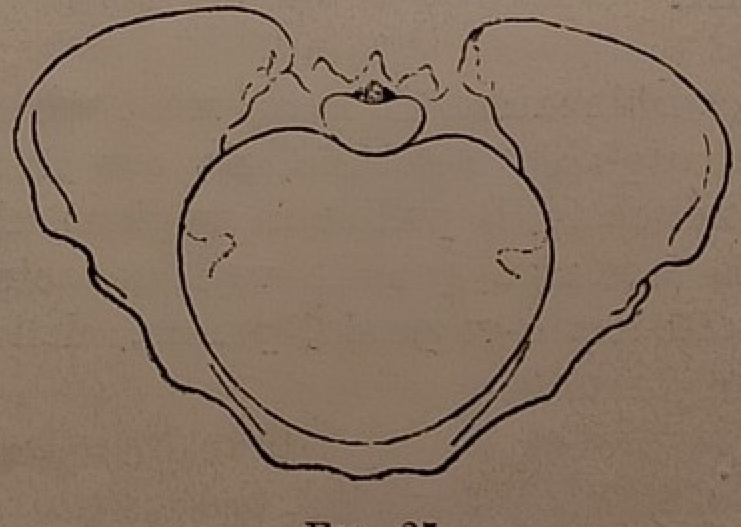


Fig. 27.

od uterino piuttosto che a un fatto annessiale flogistico, in cui le aderenze colla pelvi farebbero rimanere distanziate le dita interne dalle esterne.

Nella percezione di masse posteriormente, pensare sempre alla possibilità di raccolte fecali: esperimentare un clistere evacuativo; comunque ricordare la pastosità e la forma caratteristica delle scibale.

Il reperto ginecologico, sia addominale che vaginale, può essere riportato su speciali schemi, del tipo, per esempio, di quelli qui riprodotti. È utile

ciò, per fissare dimensioni, rapporti, proporzioni, oltre che dal lato didattico, anche dal lato pratico, specialmente quando si debbono compiere degli esami a distanza di tempo in modo che non sia facile serbare altrimenti preciso ricordo.

Esami complementari.

Esame rettale.

Viene eseguito introducendo nel retto il dito indice esteso, coperto dal guanto (lubrificare con sapone, olio, vasellina), mentre le altre dita restano nell'atteggiamento consueto, di flessione per le tre ultime e di estensione per il pollice. L'intestino deve esser vuoto.

Vi si ricorre o per sostituzione o per complemento dell'esame vaginale. Avviene talora che questo ultimo non si *possa* fare: verginità, con imene non cedevole, vaginismo, stati irritativi locali, stenosi o atresie; oppure che non si *voglia* farlo, come nei processi settici in atto, in cui preferiamo evitare di portare in alto materiale infettante (oltre alle indicazioni generiche della ostetricia) (1).

Altre volte invece esso segue e completa quello vaginale per avere conferma di dati rilevati con quello o per perfezionarli. Sopratutto è utile nelle raccolte del Douglas e nelle infiltrazioni parametrali sia flogistiche che neoplastiche.

I rilievi che si hanno traverso il retto sono abbastanza netti pure per riguardo alla parete vaginale e ai caratteri del collo; ma occorre una certa pratica, presto fatta del resto.

Si intende che esso va associato alle manovre esterne come nell'esame *per vaginam*.

Esame vagino-rettale.

Un tipo raro di combinazione di manovre è quando si faccia contemporaneamente l'esame vaginale e rettale, sia con due diverse dita di una stessa mano (l'indice nel retto, il pollice in vagina), sia che si usino le due mani (i due indici): lo facciamo quando vogliamo circoscrivere fra le dita reperti anomali del setto retto-vaginale, per es., delle cisti.

Esame strumentale.

Una parte dell'apparato genitale è accessibile alla vista, con speciali accorgimenti, in modo che si possono bene completare i dati desunti dall'esame interno.

Tale possibilità è però limitata alla vagina e alla *portio*, mentre sfugge alla ispezione tutto il resto; d'altronde proprio le lesioni indovate nella

(1) *V. Prontuario di Ostetricia:* (pag. 269). Edizione Lugi Pozzi, 1926. Roma.

vagina e nel collo sono già bene identificabili con l'esame digitale da chi abbia la dovuta esperienza. Così avviene che tanto più procede l'affinamento ginecologico, tanto minore è il bisogno degli esami strumentali.

Vero è che può capitarci spesso di lasciare scontento qualche buon villico, il quale è solito a non credere completo l'esame se non mettiamo

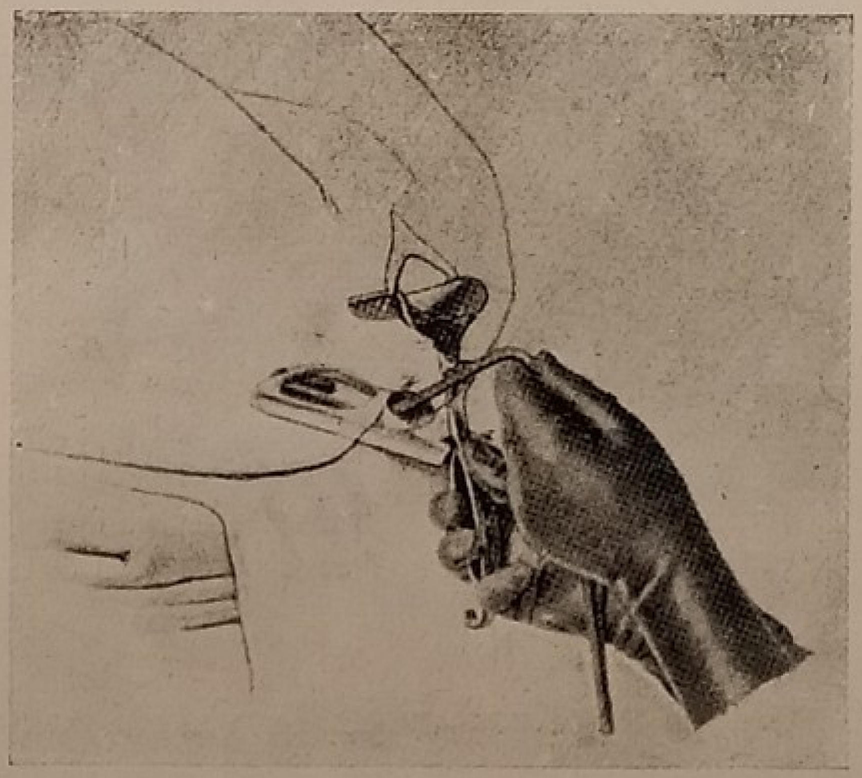


FIG. 28. FIG. 29.
Valve vaginali.

FIG. 30.
Valva automatica (LA MONICA).

anche lo « specchio ». Ad ogni modo molte volte l'esame strumentale è complemento utile ed è tempo preliminare necessario nella biopsia, nella isterometria, nel prelevamento di materiale dall'utero, ecc. Nel linguaggio corrente si parla allora di « mettere allo scoperto il collo ».

Strumenti adatti all'uopo sono le valve vaginali e gli speculum.

I modelli di valve vaginali sono svariati, non solo nelle dimensioni, ma anche nella forma; per ciascun tipo si trovano in genere diverse dimensioni, che servono ai vari casi (donne nullipare, pluripare).

Vi sono valve vaginali adatte per la parete posteriore e per le pareti laterali oltre che per la anteriore. Per queste ultime le differenze sono minime, invece sono più notevoli per quelle posteriori: ve n'è a doccia, allungate, altre larghe e corte; in genere per la visione nel fondo della vagina, specialmente se ampia, servono meglio quelle a doccia, mentre per le operazioni in cui è bene stirare in basso il collo meglio è servirsi di quella corta. La valva anteriore è di solito lineare stretta, anche qui come per quelle laterali la lunghezza preferita dipenderà dal caso singolo.

Per l'uso si richiede di avere chi ci assista per tenere le valve; ad evitare tale necessità (nelle campagne il medico isolato finirebbe a dover affi-

dare tale compito a persone poco adatte), sono state ideate delle valve congegnate in modo da restare da sole in posto. Fra i tanti modelli, uno consigliabile è quello del La Monica (v. FIG. 30).

Per l'applicazione è necessario avere la donna nella posizione sacro-dorsale sulla sedia ginecologica o, se sul comune letto, di traverso e sull'orlo

FIG. 31. – L'indice della mano S. deprime il piano perineale; la valva è presentata e introdotta col suo maggiore diametro coincidente colla rima vulvare.

FIG. 32. – La valva posteriore è in posto; si è applicata la valva anteriore: fra le due appare il collo, sede di una erosione sul labbro posteriore.

di esso. Si applica prima la valva posteriore, presentandola in modo che la larghezza della valva coincida con il diametro maggiore della vulva. È utile talora (perineo ben conservato, alto) deprimere con l'indice di una mano la commessura vulvare posteriore, così si rende meno molesta la introduzione della valva; questa viene poi ruotata in modo da disporre il manico in basso; un assistente la mantiene ferma; non è necessaria alcuna forza; bisogna esercitare la pressione, piuttosto in dentro, che in basso. In certi casi, di utero un po' abbassato, di genitali ampi, già con la semplice valva posteriore, si rende evidente il collo; però nella massima parte, occorre o sollevare col pollice la parete vaginale anteriore, o meglio, applicare lungo questa la valva vaginale anteriore. In questo modo, non solo si mette in

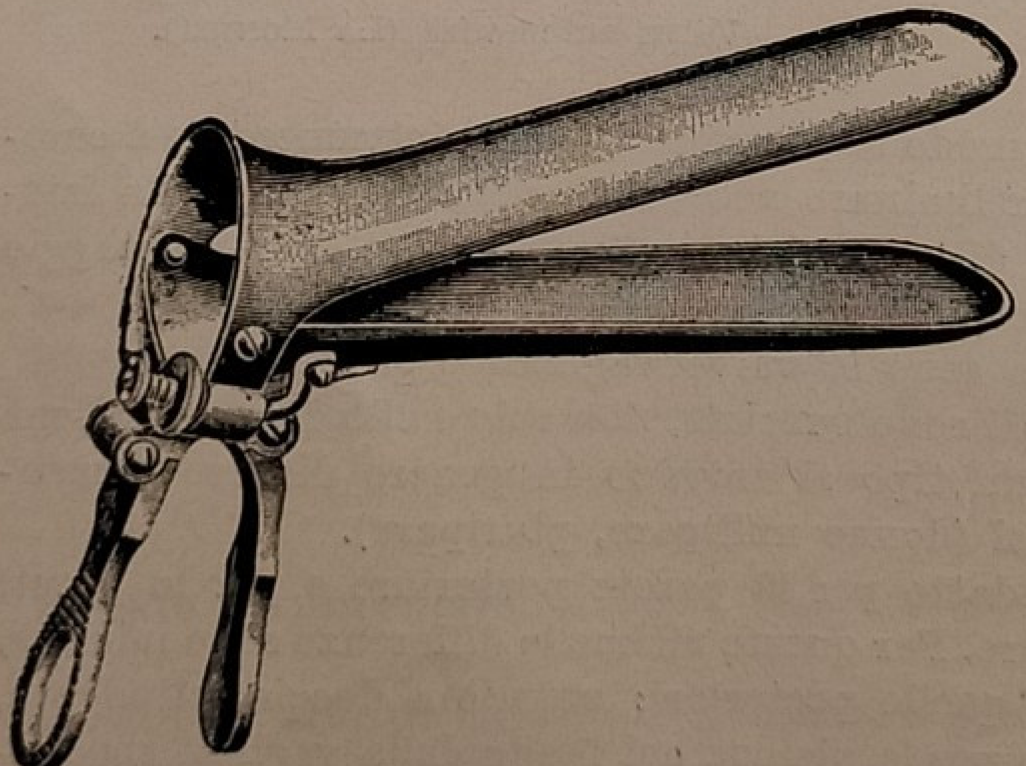


FIG. 33. – Speculum vaginale.

luce il collo dell' utero, ma si possono anche riconoscere i caratteri dei vari segmenti della vagina. Quando occorra precisare ancor più, o asportare dei frammenti per esami microscopici lo possiamo dominare, ancor meglio, afferrandolo con una pinza uncinata e stirandolo in basso, verso la vulva. È utile ricordare, che è bene fare le prime trazioni in basso e stirare poi la pinza in alto, in secondo tempo.

Più semplice, più diffuso, per la semplice ispezione del collo, è l'uso dei comuni speculum. Anche di questi ve n'ha di varie fogge. Quelli cilin-

FIG. 34. – Modo di presentare e introdurre lo speculum vaginale.

FIG. 35. – Lo speculum in posto.

drici hanno applicazioni più terapeutiche, che diagnostiche (di porcellana, di legno, di ebanite); i più usati sono quelli metallici a due valve, derivati, con modificazioni, più o meno importanti, dal modello di Cusco.

Anche le dimensioni sono varie, adatte ai vari casi.

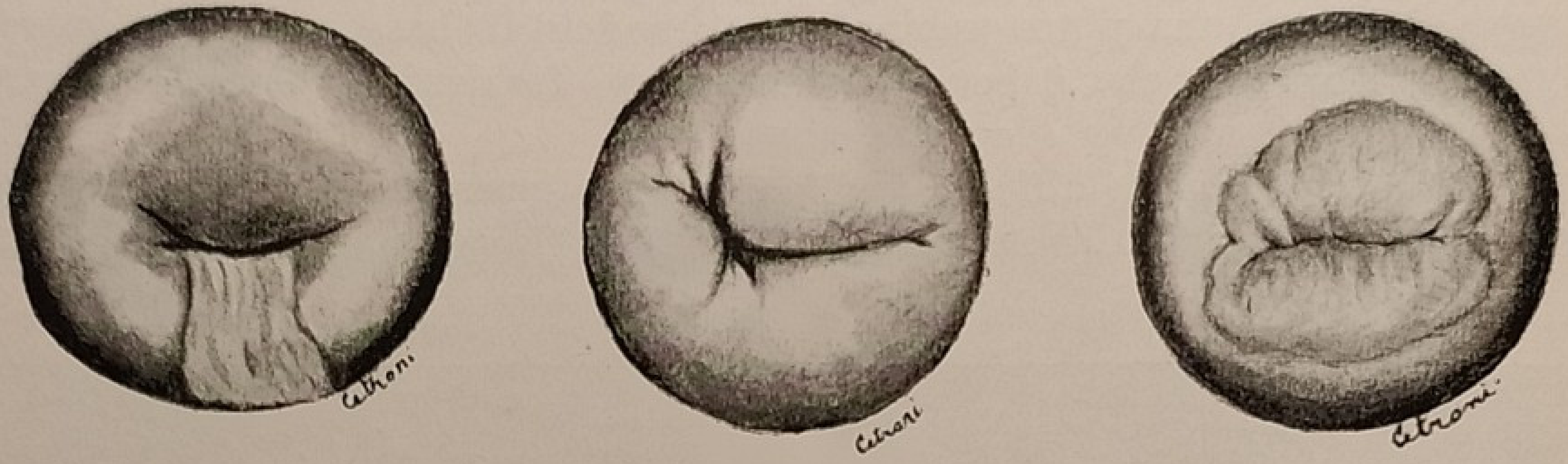
Di solito lo speculum viene presentato ai genitali esterni, in modo che le due valve si dispongono lateralmente; divaricate le grandi e le piccole labbra e sospinta in vagina la prima parte dello speculum, mano mano che lo si approfonda, lo si ruota, in modo che le due valve, vengano a corrispondere alla parete anteriore e posteriore. La direzione che va impressa allo speculum è varia nel senso che va spinto più o meno indietro, secondo che prima, con l'esame digitale, abbiamo localizzato la posizione del collo.

Qualche volta questo è affatto anteriore e allora occorre deprimere molto in basso la porzione esterna dello speculum. Le due valve sono manovrate dall'esterno o per semplice pressione o attraverso l'azione di una vite. Si può ottenere così, che le estremità interne si allontanino in grado più o meno spiccato, secondo il bisogno.

L'uso dello speculum non richiede assistenti; una volta fissata la vite esterna al grado voluto di divaricazione delle valve, rimane in posto da sè; il campo di visione è però più circoscritto che non con le valve.

Nell'uso maldestro dello speculum, si possono provocare delle emorragie del collo, specialmente se questo sia sede di erosione, e ciò tanto nell'introdurlo, che nell'estrarlo; avviene cioè talora che l'estremità dello speculum

venga portata direttamente contro il collo, e che il divaricare le branche traumatizzi la superficie della *portio*. Anche nell'estrarlo, talora il collo resta



Il collo dell'utero come appare allo speculum.

Fig. 36. – Orifizio esterno ampio, occupato da muco.

Fig. 37. – Orifizio esterno raggiato di una pluripara.

Fig. 38. – Ectropion; la mucosa cervicale allo scoperto è tomentosa.

compreso proprio fra gli estremi delle valve, se si toglie troppo presto la pressione che le mantiene divaricate; per evitare ciò, è bene ritirare lo speculum ancora a valve divaricate, fino a che il collo sia allontanato, lasciandole avvicinare soltanto allora.

Sondaggio dell'utero.

Viene eseguito con la sonda od isterometro; i modelli soliti presentano una impugnatura larga e bottonuto l'estremo destinato ad entrare nell'utero; la lunghezza è di circa 30 centimetri; retta nel tratto vicino al manico è flessa all'estremo uterino e di solito anzi flessibile in modo da potere, secondo i casi, accentuare o meno il raggio di curvatura; molti modelli presentano un rilievo nella parte intermedia; e portano segnata la lunghezza in centimetri, cosicchè riesce facile misurare di quanto penetra in profondità il bottone terminale.

Per l'uso occorre seguire delle norme scrupolose di asepsi e mettere allo scoperto il collo con le valve; per lo più anche lo si afferra con una pinza tirapalle, ma questo momento può non servire, e, disinfettato l'orifizio esterno del collo, si fa scivolare con dolcezza la sonda imprimendo una direzione varia secondo l'orientamento, già avuto con l'esame combinato, sulla

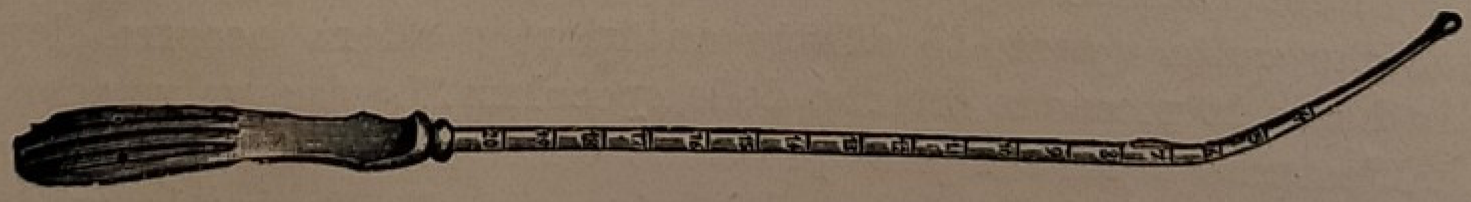


Fig. 39. – Sonda uterina.

sede del corpo. La concavità della sonda rimane verso l'avanti se l'utero è in regolare antiflessione, mentre va portata posteriormente nelle retroflessioni; resta in avanti la curva, ma il manico si deve alzare se l'utero è bensì antiflesso ma rimane spostato all'indietro o per retroversione o per tumori anteuterini,

A volte, introdotta la sonda nell'utero sulla guida della vista, converrà togliere le valve per avere maggiore libertà di manovra, specialmente per poter abbassare il manico della sonda quanto occorre, o procedere contemporaneamente all'esame combinato.

Difficoltà si incontrano talora in uteri ipoplasici o con flessioni ad angolo acuto rigido dell'istmo; difficoltà all'orifizio esterno sono rare; esse si palesano a livello dell'orifizio interno o per vere stenosi o per la presenza di specie di ripiegature valvolari della mucosa cervicale. A volte nel corso di qualche intervento (dilatazione del collo) conviene far precedere la discissione e solo dopo si riesce a entrare nell'utero.

Ricordarsi di non forzare mai; non bisogna fare false strade nella introduzione; riconoscere la flessione anteriore o posteriore dell'utero per evitare di perforare la regione dell'istmo; arrivati contro il fondo dell'utero ed avvertita la resistenza di esso, non insistere; ricordare che talora si possono avere degli uteri con pareti flosce (puerperali) o malate (infiltrazione cancerosa), cosicchè anche una pressione minima può perforarla.

Ricordare ancora i pericoli di portare in alto sepsi prima localizzate alle parti basse.

Oltre al criterio della lunghezza, espressa in centimetri, della cavità uterina (distinta nei segmenti cervicale e corporale, se teniamo conto della strettura dell'orifizio interno); e oltre al criterio sulla direzione, il sondaggio dell'utero può dare utili dati sulla levigatezza dell'endometrio, sulla presenza di corpi anormali che facciano sporgenza in cavità (polipi, fibromi), sulla maggiore o minore facilità a sanguinare dell'endometrio.

A proposito della sonda dobbiamo però aggiungere qualche altra parola, data la destinazione di queste pagine sopratutto ai medici pratici.

L'uso di questo strumento, che pur ebbe tanta voga, volge meritatamente verso il tramonto; ma più rapidamente per il ginecologo provetto

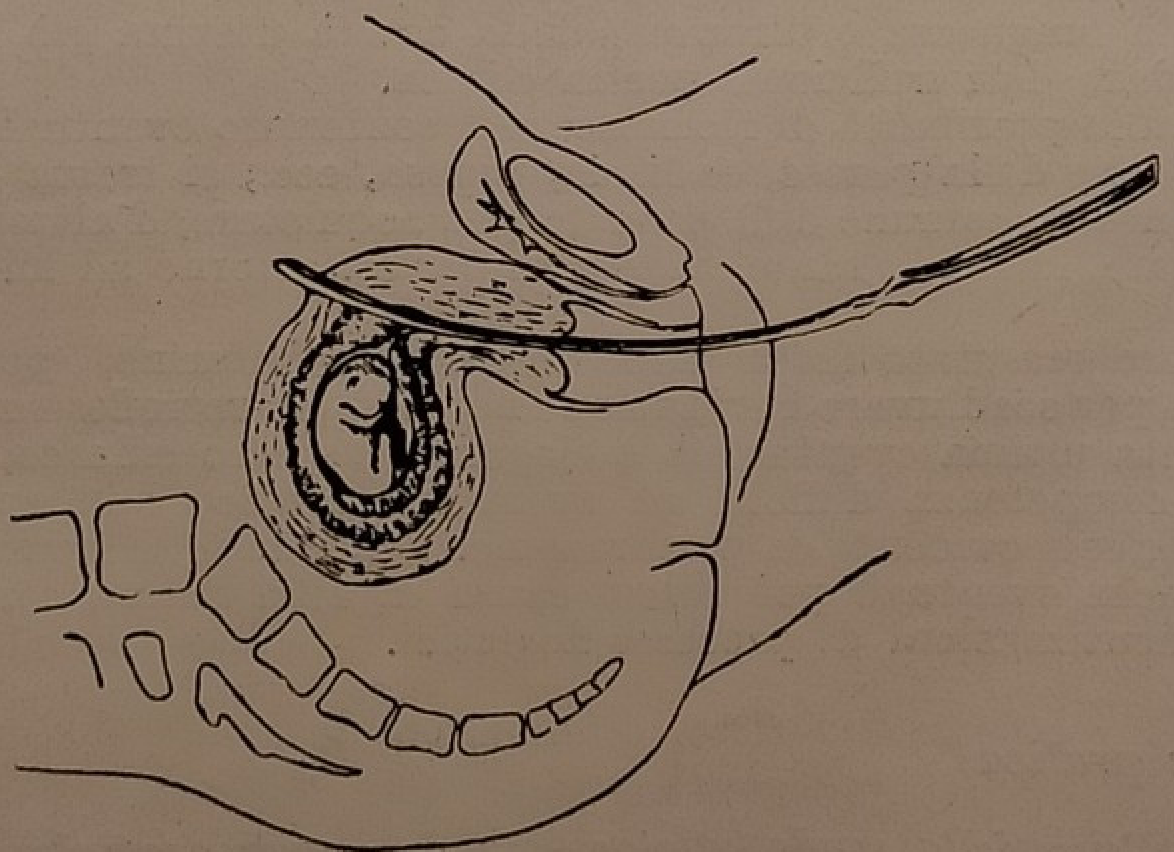


FIG. 40. – Non riconosciuta la posizione uterina la sonda perfora la parete anteriore dell'istmo (da LIEPMANN).

che non forse per il medico pratico, che è invece quello nelle cui mani per forza di cose lo strumento è meno innocuo.

Per i medici giovani la forza dell'esempio deve già essere convincente. Chi ha frequentato in questi anni gli ambulatori delle grandi cliniche ha ben visto che in via assolutamente eccezionale sentiamo il bisogno della sonda uterina. Non è che tutte le diagnosi ci riescano chiare, ma piuttosto perchè ci accontentiamo per così dire di quella diagnosi di orientamento possibile già coi mezzi della semplice esplorazione combinata, riservandoci se mai a un ulteriore esame di approfondire il problema diagnostico, quando potremmo seguire con scrupolo le norme della asepsi, che difficilmente sarebbero salvaguardate nelle comuni consultazioni.

Secondo molti, i pericoli legati all'uso della sonda sono superiori ai possibili vantaggi.

Il pericolo più grave è quello della perforazione uterina.

(Heinemann, calcolando solo i casi non gravidi, trovò che prevalevano le perforazioni colla sonda a quelle col cucchiaio e con una mortalità del 16%).

Più immanente e più frequentemente verificatosi il pericolo di infezioni. Sopratutto se si ricorre al metodo della introduzione sotto la guida del dito; ma anche quando, più correttamente, si metta prima in luce e si disinfetti convenientemente il collo, perchè niente impedisce agli eventuali germi annidati nel canale cervicale di venire sospinti in alto; e non è poi fare della malignità il pensare che nella pratica degli ambulatori medici proprio tutte le norme della antisepsi forse non sono scrupolosamente seguite!

Non bisogna poi dimenticare il pericolo della interruzione di una gravidanza che passi inosservata. È bensì vero che si raccomanda di tenere conto di tale possibilità per evitare il sondaggio in tutti i casi anche lontanamente sospetti; ma chi sa le difficoltà pratiche della cosa, chi conosce l'abilità di certe donne in buona o in mala fede a farci deviare dalla diagnosi corretta, non si meraviglierà se talora si possa sbagliare; e d'altronde le donne che menino vita coniugale sono si può dire sempre in potenza di gravidanza.

Ma è proprio necessario ricorrere alla sonda?

Quando è stata ideata, un mezzo secolo fa, se ne doveva più sentire il bisogno perchè non si conosceva ancora l'esame vagino-addominale combinato, che tanti vantaggi ha portato alla diagnosi ginecologica; si comprende che l'esame semplice vaginale potesse davvero venire completato in lati essenziali dal sondaggio. Ma ora non è più così.

Circa alla lunghezza e direzione della cavità uterina già l'esame combinato può dare dati sufficienti per la clinica.

Quanto alla possibilità di riconoscere il contenuto eventuale dell'utero e le caratteristiche della parete, se liscia, rugosa, ecc., si tratta di finezze del tatto che il medico comune difficilmente può acquistare; d'altronde, anche in mani esercitate, la sonda tante volte gira per es. attorno ad un polipo senza avvertirlo.

Largo uso era stato fatto nelle deviazioni uterine, per accertarne la mobilità e per coadiuvare la riduzione nei casi di retroflessione. La manovra per questa ultima eventualità è elegante e spesso efficace, ma richiede destrezza e competenza difficili ad aversi nel medico non specializzato e comporta pericoli evidenti di perforazione. D'altronde il forzare delle aderenze flogistiche eventuali può essere causa di altri danni, come emorragie interne o riacutizzazioni di processi flogistici.

Conclusione pratica?

Questa: l'*uso della sonda uterina non deve essere complemento abituale dell'esame ginecologico, ma solo un mezzo ausiliario di eccezione*, nello stesso modo per es. che consideriamo utilizzabile la narcosi generale in dati casi per risolvere dei dubbi diagnostici nell'ambito ginecologico.

Il medico pratico sopratutto farà bene a non servirsene o per lo meno ne consideri l'uso alla stregua quasi di un intervento operatorio, piccolo fin che si vuole, elementare, incruento, ma sempre tale da dover essere circon-

dato nei preparativi e nella esecuzione da tutte le cautele insegnate dalla tecnica operatoria, e prima fra esse la più scrupolosa cura della asepsi.

Aumentando per così dire la dignità della manovra si verrà automaticamente a ridurne la frequenza.

È essenziale, ci pare, che resti sempre circondato di un certo apparato tutto quanto porta nella profondità dei genitali interni femminili. Non bisogna prendere troppa confidenza con queste esplorazioni profonde. Ricordisi la delicatezza dei rapporti col peritoneo, che nella donna comunica con l'esterno traverso le trombe e l'utero, e ricordisi la perduta sterilità di un utero in cui si facciano manovre interne.

Trazioni sull'utero.

Per saggiare la spostabilità longitudinale dell'utero o per vederne la indipendenza da masse avvertite nelle pelvi o nell'addome; per giudicare della operabilità di cancri del collo o della possibilità di aggredire un utero per via vaginale, mezzo sussidiario efficace è la trazione sull'utero.

Fig. 41. – L'utero è stirato in basso con una pinza uncinata; il tumore è tirato in alto, mentre si fa l'esame combinato (da Montgomery).

A tale scopo si adoperano delle pinze tirapalle che si applicano di solito sul labbro anteriore, dopo averlo messo in evidenza con le valve posteriori e all'occorrenza anche con una anteriore.

Tale stiramento dell'utero è anche tempo preliminare nei vari interventi operativi vaginali.

Per eseguirlo vanno messe in opera le norme consuete di asepsi. Non va dimenticato che può essere metodo pericoloso, quando esistano processi flogistici in atto (annessiti, peritoniti pelviche) o in caso di gravidanza extrauterina; si potrebbero disturbare provvidenziali aderenze in formazione e averne diffusione peritoneale di pus o rottura della raccolta ematica.

Anche un'altra avvertenza: quando o per esame o per intervento abbiamo portato molto in basso l'utero avviene spesso che l'angolo di flessione uterino si annulli e che poi resti facilitata una retroflessione. Bisogna, ridotto in alto l'utero, assicurarsi che sia in buona posizione; se non lo è, lo ridurremo e con una striscia di garza applicata contro il collo manterremo questo nella concavità sacrale.

L'esame nella narcosi.

Ottimo sussidio diagnostico la narcosi, ma di eccezione.

In casi ben determinati essa rende davvero segnalati servizi; ma bisogna guardarsi dal ricorrere ad essa ad ogni momento, o quando il voler affinare una diagnosi non rappresenti che una curiosità, sia pur lodevole, ma non essenziale ai fini terapeutici.

Guardarsi sopratutto dal ricorrere all'esame in narcosi semplicemente per una esagerata tensione delle pareti addominali: questa potrà esser vinta con manovre più semplici, con la dolcezza, con la ripetizione dell'esame.

Indicazioni non mancano ugualmente:

Ci sono casi di vergini, in cui solo nella narcosi si può varcare l'imene senza lesioni. Ci sono donne in istato di psicosi tale da far presumere come pericoloso il trauma della visita genitale; e così casi di bambine. Altre volte è indicata quando occorre premettere la dilatazione del canale cervicale.

Più larghi si può essere nella indicazione quando si presume che in ogni modo occorre intervenire operativamente; ma allora ci si riserva di ricorrervi quando abbiamo pronto per la eventuale laparotomia.

È di duplice vantaggio il seguire tale pratica: anzitutto basterà una sola narcosi: anche per la malata non è piacevole il principio della narcosi, nè lo è il risveglio e allora è chiaro che le impressioni poco gradevoli della narcosi sarà preferibile non farle ripetere.

Inoltre siamo pronti a ogni evenienza come per es. per la rottura di una sacca tubarica o di un ematocele, proprio casi in cui spesso la diagnosi è dubbia.

Pericoli non mancano, nè difficoltà: non è anzitutto da credere che la narcosi renda il problema diagnostico proprio sempre facile: essa agisce, e bene, togliendo la difficoltà che la parete addominale tesa contrappone alla palpazione profonda, ma si richiede ancora addestramento non piccolo a bene interpretare i rapporti anatomici e la consistenza, ecc. La manovra deve essere sempre dolce per evitare un trauma eccessivo, che nella donna sveglia è evitato per il riflesso della difesa muscolare.

Paracentesi.

Fra i sussidi complementari per la diagnosi ginecologica, ricordiamo *la evacuazione di liquido libero dall'addome*. È indicata se l'esame obiettivo ci fa riconoscere la presenza di liquido libero nel cavo peritoneale e questo sia così abbondante da diventare ragione di speciale difficoltà nel rilevare i limiti di una massa che occupa il ventre; allora evacuando il liquido, avremo un duplice vantaggio: il rilasciamento della parete addominale prima distesa ci facilita la esplorazione del contenuto, e l'esame stesso del liquido evacuato ci può indirizzare convenientemente alla diagnosi.

Le norme per la paracentesi sono ben note; ricordiamo solo qualche punto di tecnica: sorvoliamo sulla necessità delle norme di asepsi rigorosa, sia del trequarti, sia delle mani che calzeremo di guanti di gomma bolliti. Il trequarti sia sottile e se mai può convenire per attutire il dolore far precedere una iniezione locale di novocaina; anche è utile talora, se il trequarti sia grosso, far prima una incisione della cute con un bisturino puntuto tagliente, allora lo sforzo da superare col trequarti resta molto minore e entra subito in cavità. È bene che al trequarti sia unito un tubo di gomma in modo da raccogliere il liquido pulitamente.

Per lo più la malata si mette in posizione seduta colle gambe fuori del letto; la introduzione dello strumento si fa sulla linea mediana a metà fra ombellico e pube, quando il liquido rappresenti la gran massa del contenuto addominale; ma talora la coesistenza di masse dure come nei tumori maligni dell'ovaio o negli stessi fibromi, ci impedisce di servirci del punto di elezione e si anderà allora lateralmente, per lo più in uno dei quadranti inferiori; attenzione ad evitare dei vasi che talora diventano molto turgidi in questi casi

di inceppo della circolazione profonda (le vene superficiali si evitano facilmente, la epigastrica si salvaguarda sempre ricordandone il decorso).

Norma di prudenza elementare è sempre di accertarsi della presenza di un suono nettamente ottuso nel sito della puntura; bisogna assolutamente evitare di ferire delle anse intestinali. Inutile insistere sulla convenienza che il liquido si faccia defluire lentamente, sulla necessità di medicare in modo occlusivo il foro fatto (un quadratino di garza sterile tenuto in posto da un cerotto basta alla bisogna).

Appena svuotato l'addome ci troviamo nelle migliori condizioni per procedere all'esame vaginale e addominale, il quale potrà farci rilevare i dati necessari per la diagnosi; nella grande maggioranza dei casi vedremo trattarsi di neoplasmi maligni, sopratutto quando il liquido sia stato molto abbondante; ma anche allora non avremo a pentirci della paracentesi, la quale avrà servito a un tempo come sussidio diagnostico e come mezzo palliativo di diminuire le sofferenze meccaniche. L'esame del liquido è della massima importanza; secondo che si presenti sieroso o colloide o ematico; talora riesce la dimostrazione di elementi neoplastici. In genere di prognosi cattiva è il trovare caratteri ematici del liquido e anche l'aspetto mucinoso.

Puntura esplorativa vaginale (1).

La puntura esplorativa vaginale è utile mezzo per completare la diagnosi di natura di raccolte libere o saccate che occupino il piccolo bacino; si tratta quasi sempre di pungere il fornice posteriore, che sarà messo in vista con la applicazione di valve vaginali. Per mantenere teso il fornice è utile stirare il collo verso il pube o con una pinza uncinata, applicata sul labbro posteriore, oppure con una valva anteriore che passi fino sotto il collo.

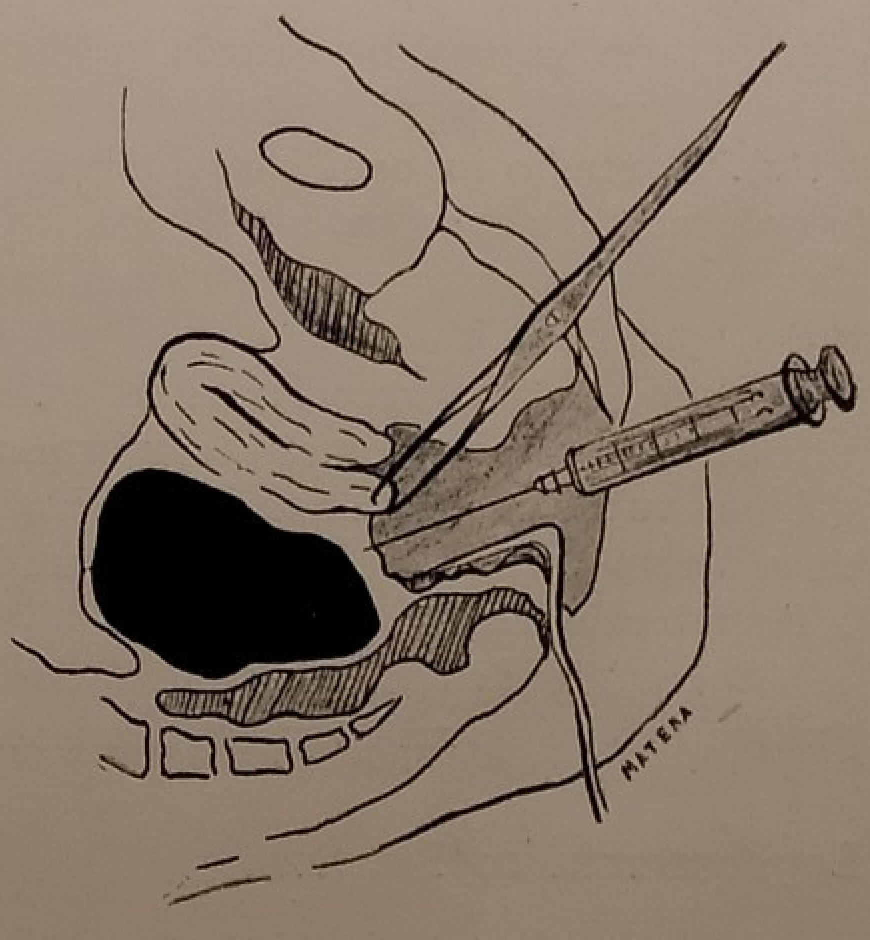


FIG. 42. – Messo in luce il fornice vaginale posteriore si fa la puntura esplorativa.

Disinfettata la regione si farà la puntura adoperando un ago piuttosto grosso, per evitare un esito negativo, quando si tratti di liquidi densi, flocculati. Nelle contingenze cliniche più comuni si tratta della diagnosi differenziale fra un processo flogistico e un ematocele retrouterino.

L'importante è l'esame del materiale che si aspira, sia per riconoscere i caratteri di versamenti tubercolari o neoplastici o di cisti ovariche; oppure, in caso di liquido purulento, anche per identificare il germe patogeno.

(1) Punture esplorative possono anche essere fatte nei quadranti inferiori dell'addome quando si formino raccolte suppurate p. es. parametrali. Si seguiranno le norme solite; attenti a evitare le anse intestinali; esser sicuri della ottusità sottostante.

Non mancano casi, in cui la puntura esplorativa vaginale potrebbe a prima vista disorientare. Ne vedemmo un esemplare recente interessante. In una donna che pur non avendo avuto una vera amenorrea presentava delle emorragie potratte da oltre due mesi, l'insorgere di una crisi violenta di dolori addominali con fatti di anemia acutissima ci aveva fatto pensare ad una gravidanza extra-uterina, tanto più che sentivamo il fornice posteriore occupato da una voluminosa massa, in parte cistica.

Senonchè le recise affermazioni della malata e dei famigliari, tendevano a far escludere il sospetto di gravidanza perchè si trattava di una vedova.

Mentre preparavamo per la laparotomia d'urgenza, volemmo ad ogni modo saggiare la puntura esplorativa vaginale, quasi certi, tuttavia, di trovare del sangue. Ed ecco invece riempirsi rapidamente la siringa di un liquido quasi limpido, un po' citrino, sicchè ci sentimmo, lì per lì, un po' scossi nel nostro concetto diagnostico. Ma ritirato l'ago e spintolo poi in altra direzione, ecco un fiotto di sangue fluido a farci confermare nella necessità di una immediata operazione, la quale ci mise in presenza di una gravidanza ampollare destra, al terzo mese, con fissazione della tromba gravida al fondo del Douglas, e con un emoperitoneo impressionante. Con la nostra puntura eravamo capitati proprio in pieno nella cavità ovulare, aspirandone il liquido amniotico.

Sono del resto assai numerosi i casi di equivoci diagnostici, per es. con tumori ovarici che per la loro posizione declive mascherano una sovrastante gravidanza tubarica.

Dobbiamo tenere per fermo, che l'esame clinico, accurato e completo, deve sempre avere la maggiore preminenza, ma che non si può negare l'importanza pratica della puntura vaginale, quando il suo risultato sia interpretato con discernimento, e il materiale estratto sia opportunamente identificato.

Certo non si deve esagerare nell'eseguirla, senza una netta indicazione; come d'altra parte è necessario eseguirla correttamente, per evitare pericoli ad essa inerenti (sepsi, emorragia, lesioni della vescica o degli ureteri, o del retto). Dovremo in ogni caso individuare bene la zona fluttuante; cureremo lo svuotamento del retto e della vescica. Anche è bene fare la puntura quando sia già tutto predisposto per l'eventuale intervento operativo; questo sopratutto, quando si tratti, come nel più dei casi, di differenziare una raccolta suppurata, da una raccolta ematica.

Se troveremo sangue, a confermare il sospetto diagnostico di una gravidanza tubarica, passeremo immediatamente alla laparotomia o, viceversa, procederemo senz'altro alla colpotomia, quando abbiamo trovato del pus, o l'ematocele risulti putrefatto.

Si comprende che, adottando questa prudente linea di condotta, il medico pratico di raro dovrà ricorrere a questo sussidio diagnostico.

Laparotomia esplorativa.

Ancor meno gli capiterà di ricorrere alla *laparotomia esplorativa*, poichè in questa, nella grande maggioranza dei casi, si tratta non solo di vedere, ma di portare a termine quell'intervento curativo, che sia possibile di fare.

Va d'altra parte ricordato che anche a ventre aperto l'orientamento diagnostico può essere difficile pure in mano esercitata.

Così avvenne, tanto per ricordare un esempio, ad un ginecologo abilissimo, di fare una laparotomia in una donna che presentava un notevole sviluppo del ventre, con reticolo venoso accentuato, e scadimento notevole dello stato generale. A ventre aperto aderenze multiple, omentali, intestinali, pa-

rietali, con una vascolarizzazione abbondante, fecero pensare a un sarcoma diffuso inoperabile e si richiuse il ventre, per saggiare più tardi un tentativo di radioterapia. Solo dopo qualche tempo da questa, il quadro si chiarì come quello di una gravidanza tubarica avanzata.

Non mancano nemmeno dei danni, oltre che difficoltà nella laparatomia esplorativa. Specialmente in casi di tumori maligni, in cui i maneggi operatori possono provocare emorragie, lacerazioni di visceri, oppure possono dare metastasi, da impianto, sulla ferita.

Qualche volta, la laparotomia rimane esplorativa, nostro malgrado, come quando troviamo una disseminazione neoplastica più diffusa di quanto non credessimo clinicamente.

Il raschiamento endouterino.

Fra i mezzi sussidiarî di diagnosi tiene posto di primo ordine il raschiamento endouterino, unico modo con cui possiamo accertarci del contenuto della cavità uterina, prelevarlo ed esaminarlo.

La tecnica del raschiamento è alla portata di ogni medico pratico.

Strumenti necessari: valva vaginale post. e ant., due pinze uncinate, dilatatori metallici fino a 9-10; sonda uterina; cucchiai da raschiamento, pinza da zaffamento, pinza da medicazione.

Il tipo delle valve vaginali da prescegliere varierà secondo i casi e secondo la personale simpatia; in genere in una pluripara con genitali ampî si potranno adoperare strumenti più grandi che in una nullipara: in casi di speciale angustia vaginale, può essere anche sufficiente l'uso delle sottili valve anteriori pure posteriormente.

È ancora da aggiungere che in condizioni speciali possiamo anche farne a meno, come nei raschiamenti diagnostici o curativi, che capiti di eseguire in vergini, nelle quali il maggior rispetto all'imene può essere consentito ricercando il collo dell'utero con un dito e afferrandolo sulla guida di questo con una pinza uncinata fino a portare la *portio* contro la faccia posteriore dell'imene.

Circa il cucchiaio da prescegliere, in tema di raschiamento diagnostico e ginecologico, si dà la preferenza a quelli piuttosto sottili e allungati: un tipo

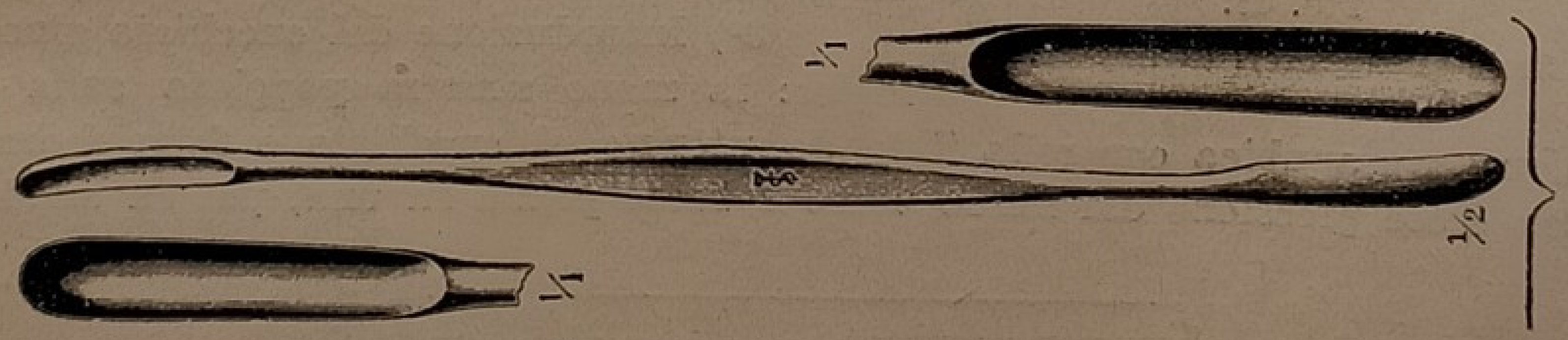


FIG. 43. – Cucchiaio ginecologico.

molto usato è quello qui riprodotto in cui i due estremi dell'asta metallica terminano con due cucchiai allungati, uno un po' più grosso dell'altro.

Negli uteri puerperali anche dopo aborti è preferibile adoperare cucchiai meno taglienti e di superficie più larga.

La narcosi non è strettamente indispensabile; sopratutto si può farne a meno in donne pluripare, con canale cervicale piuttosto beante, con normale sistema nervoso e con buoni poteri inibitori, ma in donne più agitate, apprensibili, con accentuata sensibilità, nelle nullipare in cui sopratutto è dolo-

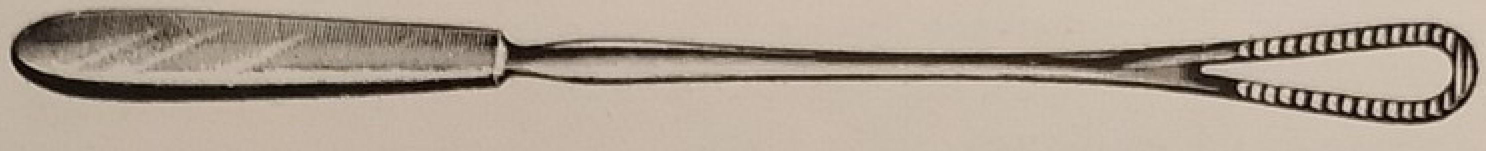


FIG. 44. – Cucchiaio per utero puerperale e aborto.

rosa la dilatazione preliminare del collo, e tanto più nelle vergini in cui il rilasciamento muscolare facilita una maggiore pervietà dell'imene, la narcosi generale è molto utile e consigliabile.

È stata consigliata anche l'anestesia locale mediante infiltrazione dell'anestetico nello spessore del collo marginalmente, ma i risultati non hanno ancora trovato larghezza di consensi. D'altronde non si dimentichi che spesso è già dolorosamente risentita la disinfezione dei genitali esterni e della vagina, che pure è norma indispensabile.

I tempi principali dell'intervento sono i seguenti:

1°) Applicazione delle valve vaginali per mettere allo scoperto, disinfettare, e uncinare il collo.

Come disinfettante la tintura di jodio, un tempo quasi universalmente usata, sta ora cedendo il campo alla soluzione alcoolica satura di acido picrico (circa il 5% in alcool a 90°); quest'ultima unisce ai pregi della disinfezione jodica rapida, profonda, la mancanza di azione caustica.

FIG. 45.
Serie di dilatatori di HÉGAR.

2°) Con una sonda uterina si saggia la lunghezza della cavità, la direzione, la superficie (se scabra o liscia) e poi si dilata il canale cervicale con la serie degli Hégar, di mezzo in mezzo millimetro, dal n. 2-3 al n. 8-9; si potrà farne a meno se colla sonda, o già prima, ci si sia convinti della pervietà del collo sufficiente al passaggio e alla manovra del cucchiaio.

3°) Introduzione del cucchiaio ginecologico: la mano sinistra poggiata sulla regione sovrapubica controlla il fondo uterino; il cucchiaio è fatto scorrere con dolce pressione dal fondo verso il basso prima su una, poi su un'altra

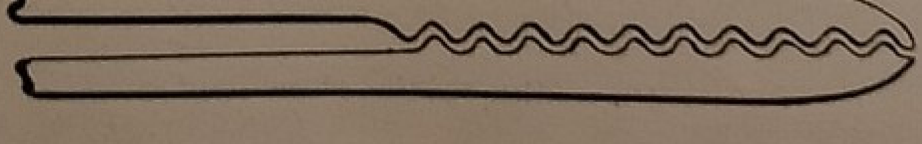


FIG. 46. – Pinza da zaffamento, comune.

parete e sui margini, sistematicamente; estraendolo di tanto in tanto si raccoglie il materiale asportato, per lo più innicchiato nella concavità del cucchiaio: a volte si vede sotto forma di listelline lunghe di mucosa, a volte

ha diverso carattere macroscopico (ematico, friabile, duro, giallognolo, ecc.). Metterlo da parte per il successivo esame.

4°) Detersione della cavità con una garza imbevuta di tintura di jodio o di acido picrico: zaffo sottile endouterino (attenti a portarlo sopra l'orifi-

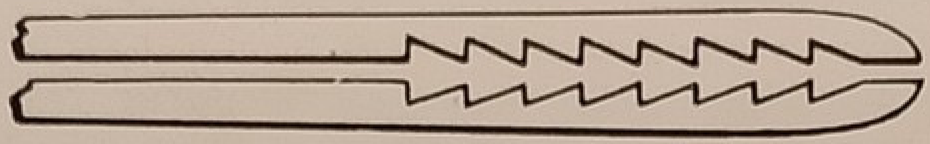


FIG. 47. – Pinza da zaffamento, LA MONICA.

zio interno: utile la pinza di La Monica). Arrivati all'orifizio esterno, si toglie la pinza uncinata che tratteneva il collo, si respinge questo verso la concavità sacrale, con manovra combinata assicurando la antiversoflessione dell'utero e si completa lo zaffo vaginale stipandolo contro la parete anteriore del collo.

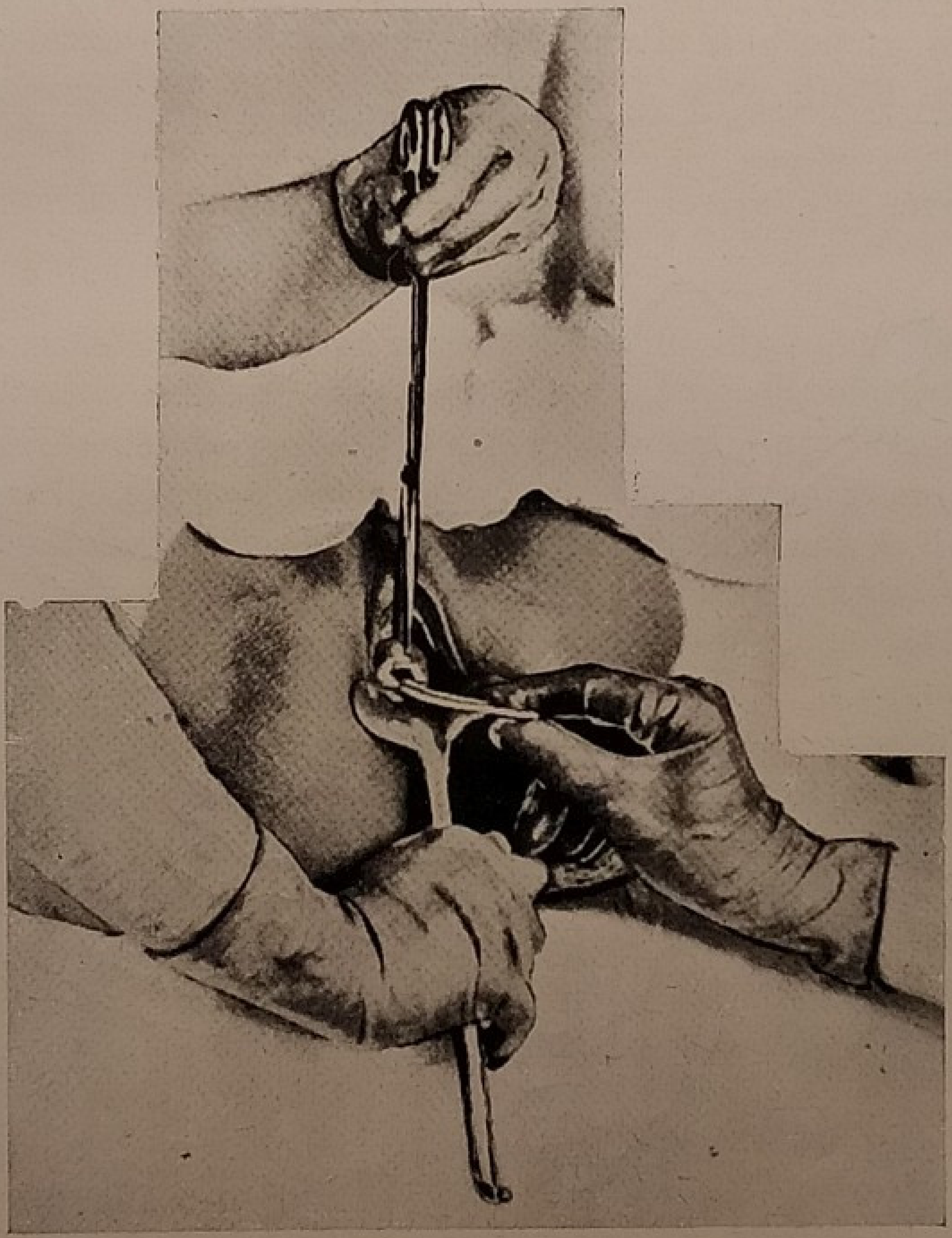


FIG. 48. – Il collo uterino è afferrato con una pinza uncinata e portato ai genitali esterni: viene introdotto nel collo un dilatatore di HÉGAR.

5°) Dopo 10-12 ore lo zaffo viene tolto. È utile nel toglierlo mettere un dito contro il collo, per evitare il prodursi di una retroversione nello stirare la garza.

Se non ci sono speciali indicazioni o complicazioni, 3–4 giorni di letto sono sufficienti. Non è consigliabile fare il raschiamento ambulatoriamente: è bene che la malata passi subito a letto.

Il materiale asportato va sottoposto ad esame macro e microscopico. Potremo fare a meno di questo ultimo solo quando i dati macroscopici siano chiari, certi. Così per esempio, se abbiamo riconosciuto dei netti ciuffi di villi coriali, così da pensare a un comune residuo abortivo; oppure se la mucosa uterina asportata si presenti regolare, grigio-rosea, soffice, purchè chi la esamina abbia la pratica sufficiente.

Ma nella grande maggioranza dei casi importa far eseguire l'esame microscopico. Il non farlo può portare a conseguenze anche gravi.

Un caso recente è ben dimostrativo. Una donna di 45 anni dopo due anni dalla espulsione di una mola vescicolare, durante i quali ebbe alternative di amenorrea e di metrorragia, è colpita da una emorragia gravissima: uno specialista consiglia al curante il raschiamento dell'utero: il medico trova molto materiale in parte ematico, in parte friabile, grigio giallognolo. Ma *non richiede* l'esame microscopico, pago del risultato immediato della cessazione della emorragia. Ma dopo un mese compaiono dei nodi vaginali, e questi crescono rapidamente e sopraggiungono degli sputi sanguigni: la donna allora viene alla clinica e viene operata di isterectomia con asportazione di gran parte della vagina per un tipico corioepitelioma: le disseminazioni polmonari si arrestano colla radioterapia per qualche mese, ma infine l'ammalata muore con una emottisi grave. Ora il precedente della mola vescicolare, il carattere del materiale estratto col raschiamento do-

Fig. 49. – Raschiamento dell'utero. La mano esterna controlla il fondo.

vevano già guidare il medico a pensare al temibile corion-epitelioma; ma il ritardo nella terapia radicale non si sarebbe comunque avuto se il prodotto del raschiamento fosse stato sottoposto all'esame istologico.

L'esame istologico richiede allestimenti tecnici e competenza non tutti posseduti dai medici pratici. Questi per lo più si limitano a raccogliere il materiale, a esaminarlo macroscopicamente e ad inviarlo ai laboratori, sia di biologia, sia, anche meglio, delle Cliniche speciali.

Il materiale asportato col cucchiaio va *tutto* raccolto. Il modo migliore per isolare i lembi di mucosa dal sangue, inevitabilmente frammischiato, è di mettere *tutto* in una provetta comune contenente dell'acqua; agitando

un po' e rinnovando il liquido, il sangue si libera facilmente; si raccoglieranno poi i varî lembi di mucosa più o meno alterata o gli eventuali frustoli di tessuto. Per fissare e per conservare i pezzi fino al momento dell'esame o per la ulteriore spedizione, si può servirsi dell'alcool a 90° (non troppo poco; almeno dieci volumi) oppure della soluzione di formalina al dieci per cento; se mai basterà anche usare il comune alcool denaturato del commercio.

L'esame istologico richiede una certa competenza ginecologica, per un giudizio esatto. Ci sono casi in cui il quadro è molto netto; mucosa normale, colle sue ghiandole tubulari; al più con delle invaginature, delle introflessioni; altri in cui si arriva allo zaffo quasi pieno canceroso; ma vi sono forme adenomatose che possono lasciare molto incerti, e in cui il criterio clinico è a volte l'elemento decisivo.

Ricordo un caso d'una signora in cui per delle emorragie, essendosi trovato un utero molto grosso, irregolarmente, si fece un raschiamento endouterino a scopo diagnostico prima di iniziare la radioterapia: ora i preparati visti dal patologo suggerirono il sospetto di un adenocarcinoma del corpo dell'utero, e fu iniziata allora una terapia intensiva con radium e raggi X, che disgraziatamente fu complicata da una parametrite settica. Ora io avevo veduto quei preparati ed avevo escluso il cancro, riconoscendo solo una ipertrofia a tipo benigno, come talora concomita ai fibromi. Sarebbe cioè bastata la dose di castrazione e si sarebbero evitati i lunghi mesi di degenza a letto, la febbre, ecc.

Insistito così sulla necessità di un esame microscopico dei prodotti del raschiamento diagnostico, diciamo ancora qualche parola per i pratici.

Abbiamo detto che la tecnica è alla portata di ogni medico. È una operazione elementare, che, si potrebbe dire, sta nella ginecologia minore al posto del forcipe nella ostetricia. Ma può diventare causa di danno se messa in atto inconsideratamente. Sopratutto si deve ricordare la assoluta controindicazione che è data dalla esistenza di processi flogistici sia dell'utero che degli annessi.

Pensiamo che quel dato endometrio sia davvero sede di un processo flogistico in atto; cosa facciamo noi col cucchiaio? porteremo quella flogosi negli strati più profondi, che magari non erano ancora stati raggiunti; la diffonderemo per le vie sanguigne e linfatiche da noi aperte. E si tenga ancora nota che, per eseguire il raschiamento, dobbiamo sottoporre l'utero con i suoi legamenti e i suoi annessi a stiramenti, a spostamenti, a traumi infine, che sono sempre tali da essere dannosamente risentiti, ogni qualvolta esista, sia pure latente, subdolo, un processo flogistico.

Questo avviene non soltanto nelle forme blenorragiche, ma anche p. es. nelle lesioni tubercolari, le più antiche, quelle che parevano spente o che non parevano aver dato segno di sè.

Il pericolo di diffusione di un processo circoscritto o di riacutizzazione di un processo che pareva spento è da tener sempre come immanente in queste contingenze e da solo deve farci essere più che guardinghi nel consigliare o eseguire un raschiamento dell'endometrio.

Una volta poi deciso l'intervento il medico deve rammentare che va eseguito con tecnica corretta e senza trascurare le norme della più scrupolosa asepsi anche se si tratti di intervento elementare e che, specialmente in certe contingenze, sono possibili due errori: la incompletezza o l'accanimento eccessivo, ed è possibile un incidente: la perforazione. Un raschia-

mento incompleto porta con sè il pericolo di lasciare la diagnosi cercata in sospeso o di restare insufficiente se si tratti di condizioni nelle quali poteva invece che diagnostico riuscire anche curativo.

Può infatti accadere che venga dal cucchiaio rispettata proprio la zona dove c'è una formazione vegetante benigna, poliposa, che asportata darebbe la cessazione della metrorragia; oppure invece che sia un adenocarcinoma limitato ancora a un breve tratto e circondato da una mucosa normale o quasi: se solo questa sia interessata avremo misconosciuta la presenza del tumore e questo avrà tempo a diffondersi prima che la diagnosi venga di nuovo sospettata.

Ma come bisogna insistere quando occorra, così viceversa bisogna anche sapersi fermare in tempo.

Qui sta la superiorità del ginecologo.

Ad ogni modo non mancano nette linee direttive.

La esemplificazione è facile. Ecco qui una donna nella quale per il ripetersi di emorragie genitali dopo la menopausa abbiamo sospettato una lesione maligna; all'esame ginecologico abbiamo trovato il collo sano, sia nella *portio* visibile che nel canale cervicale. È il caso tipico del raschiamento diagnostico, perchè bisogna vedere se la sospettata lesione si annidi entro l'utero. Nè deve trattenerci dal sospetto il fatto del volume non eccessivo dell'utero, chè vedemmo dei cancri in vecchie con uteri apparentemente normali.

Orbene in uno di tali casi, se introdotto il cucchiaio lo sentiremo affondarsi facilmente nella parete, staremo all'erta per trattenerci e se ritirandolo vedremo dei blocchettini di tessuto compatto, spesso, ben diverso da quello della mucosa (che si presenta come una striscettina di vario spessore roseo grigiastra e soffice uniformemente) ne avremo abbastanza anche senza oltre procedere. L'insistere sarebbe superfluo e dannoso in quanto si mobilizzerebbero parti profonde del neoplasma, si andrebbe incontro alla perforazione dell' utero, sopratutto se il medico si accanisse ad asportare sempre materiale, visto che ne seguita a venire ogni volta che rimette il cucchiaio. Anzi proprio codesto deve essere un segno di allarme.

Endoscopia uterina.

Accenniamo appena ai tentativi che si sono fatti per una endoscopia uterina.

Lo strumento adoperato nei primi tempi era un comune cistoscopio (1), ora vi sono endometroscopi opportunamente costruiti.

Per evitare emorragie dovute all'estrema fragilità dei capillari dell'endometrio, si introduce prima nella cavità uterina un cmc. di una soluzione al millesimo di adrenalina con una piccola quantità di novocaina al 10 %. Nelle multipare è necessario dilatare gradualmente l'utero sino a che

(1) Di un cistoscopio comune e di un uretroscopio (tipo Oberländer-Valentine) si era, fra noi, servito per i suoi tentativi PUCCINELLI (*Atti Soc. It. Ost. e Gin.* 1924, vol. XXIII). Egli proponeva di eliminare l'inconveniente dato dall'essere la cavità uterina sempre ingombra da muco o da sangue, mediante l'uso di un cistoscopio a lavaggio continuo, oppure di lavare prima l'endometrio con soluzione non irritante; per evitare poi che l'ottica divenisse opaca passando per il canale cervicale proponeva di premetterne la dilatazione, oppure di scegliere un tipo di cistoscopio con mandrino da sostituire con l'ottica dopo avere portato in posto l'apparecchio.

è possibile il passaggio dell'uteroscopio n. 22 (French). Lo strumento si sterilizza come un cistoscopio.

Una buona visione si ottiene con l'aiuto dell'insufflazione; in genere si inietta CO^2, sotto il controllo di un manometro, ed è sufficiente arrivare a 10 o 20 mm. di Hg.; solo raramente si arriva a 60 mm.

La paziente non prova dolori; anche se la quantità di gas supera i 100 cmc. e provoca un pneumoperitoneo subfrenico, la paziente non ha alcun disturbo.

Rubin se ne è fatto paladino (1); ecco alcune delle sue conclusioni:

In certi casi di dismenorrea (quella chiamata a tipo ostruttivo) la endoscopia endouterina è ottima per vedere le alterazioni locali e notare le pieghe della mucosa (in qualche punto sporgenti simili a valvole) ed i polipi che

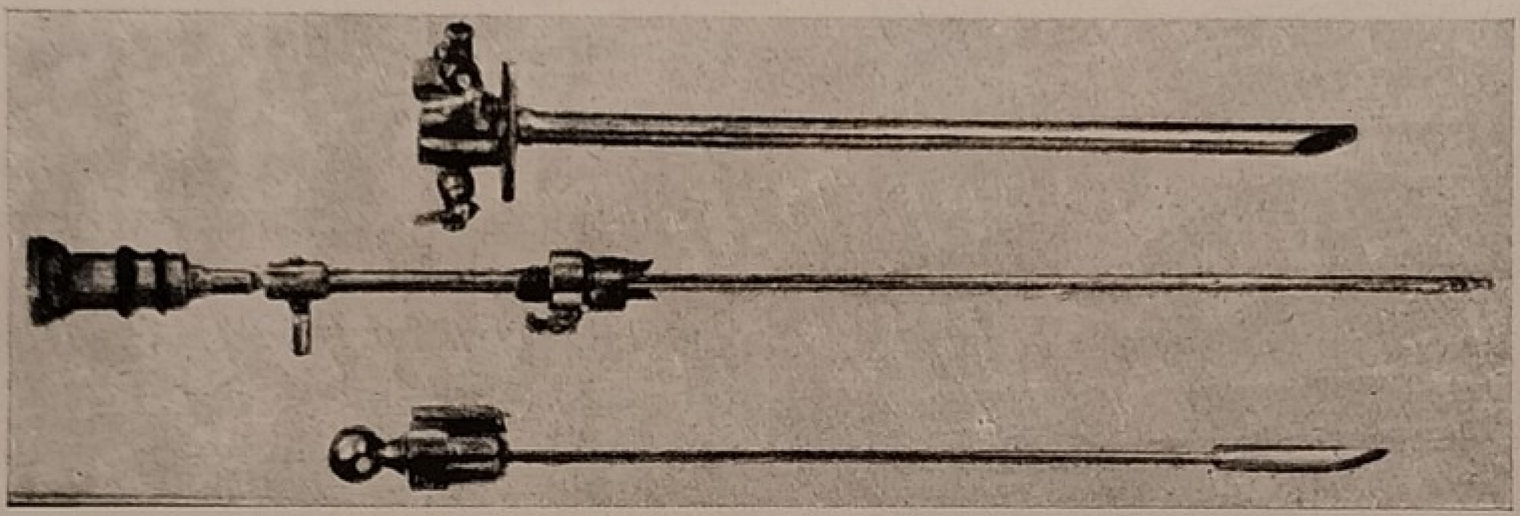


FIG. 50. – Endometroscopio di RUBIN; modificazione del cistouretroscopio di MCCHARTHY.

causano una ostruzione meccanica ed impediscono la fuoriuscita del sangue mestruale o causano emorragie patologiche. Nella diagnosi delle cause uterine di emorragie genitali, l'endometroscopia permette di rivelare la iperplasia ghiandolare dell'endometrio, i polipi, i prodotti di ritenzione in seguito a gravidanze, i corioepiteliomi ed i carcinomi. In questo modo sotto la diretta visione si può asportare la parte lesa, ed anche causticare come nelle lesioni vescicali. In casi di fibromi l'endoscopia decide per il trattamento (raggi X, radio, ed intervento chirurgico) perchè permette di definire se si tratta di un mioma sottomucoso o di fibromiomi multipli in altre parti dell'utero.

Heineberg ha visto anche le modificazioni della mucosa durante le mestruazioni. Nei casi limitati, in cui una gravidanza iniziale si deve interrompere, per ragioni terapeutiche, si possono pure studiare i primi stadi d'impianto dell'uovo. Ed è possibile escidere per una diagnosi microscopica lembi di mucosa, con un processo che è meno traumatico di un raschiamento.

Non bisogna usare l'uteroscopio ambulatoriamente, nè nelle infiammazioni acute e subacute dell'utero o degli annessi; e così il suo uso è controindicato in ogni anche lontano sospetto di gravidanza.

Soggiungiamo infine che si tratta di una tecnica non ancora perfezionata, che potrà fors'anche avere ulteriori sviluppi, ma che ad ogni modo non è per ora alla portata del medico pratico, che può perfettamente orientarsi con gli altri mezzi diagnostici più in uso.

(1) RUBIN. *American J. of Obst. a. Gyn.* 1925 settembre.

Biopsia del collo e degli altri segmenti genitali accessibili.

Può capitare con una certa frequenza di rimanere incerti sulla natura di lesioni della *portio*, che è invece di fondamentale interesse individuare per una opportuna cura. Nelle contingenze più comuni si tratta di escludere o ammettere una lesione maligna; in contrapposto con la possibilità di una lesione banale flogistica (erosione) o di una localizzazione luetica: meno spesso si tratterà di dubbi con una tubercolosi, perchè in questa, per lo meno nella forma papillare, le caratteristiche macroscopiche sono già tali da portare ad una diagnosi diretta.

Fig. 51. – Il collo dell'utero afferrato con una pinza è stirato in basso.

In tali casi lo stesso medico pratico può ricorrere alla biopsia, può cioè prelevare un frammento del tessuto sospetto che poi invierà ad un laboratorio istologico (come si è detto per il raschiamento).

Per prelevare il frammento occorre mettere bene in luce la *portio* con le valve vaginali posteriore ed anteriore; negli uteri mobili e quando non ci sono lesioni annessiali per le quali si debba limitare ogni traumatismo locale si può portare in basso la *portio* con l'aiuto di una pinza uncinata; detersa la superficie e disinfettata con alcool picrico o tintura di iodio, si preleva il frammento di tessuto con una forbice; in qualche caso può convenire l'uso di un bisturi; sempre bisogna localizzare bene il punto che si preleva, per non avere poi degli errori diagnostici o reperti negativi pur in casi positivi; in certi casi, p. es. quando l'utero sia fisso, o quando si tratti di forme infiltrate, può essere relativamente difficile la stessa biopsia. Sarà bene che chi non ha esperienza non si accanisca nei tentativi, che potrebbero finire per danneggiare senza recare il frammento voluto. Per certi casi può dare buon vantaggio l'uso di speciali pinze, taglienti all'estremo terminale, in modo che possono afferrare direttamente ed asportare il tessuto senza bisogno di una forbice.

È superfluo aggiungere che non occorre alcuna anestesia; tolta la molestia recata dalla messa in luce del collo, le manipolazioni eseguite sulla *portio* non sono affatto dolorose.

Ci sono pericoli?

Quello di infezione locale è eliminato con una tecnica corretta; resta il possibile risvegliarsi di un processo annessiale recente, se traumatizziamo troppo l'apparato genitale; forse esagerato fu il pericolo di disseminazione neoplastica, che da taluno si volle vedere nei casi di cancro e che ad ogni

modo capiterà di raro se la biopsia sia fatta nei casi davvero necessari. Resta talora la possibilità di emorragia un po' più profusa, se in gravidanza o se sia stata necessaria una vera incisione con un bisturi; ma anche se geme del sangue in copia, basterà una compressione di pochi minuti seguìta da applicazione di una fascetta di garza sterile o al vioformio, che si asporterà dopo qualche ora. Solo eccezionalmente avviene di dover fare una emostasi con l'applicazione di un punto sulla ferita sanguinante.

Circa alle avvertenze nei riguardi dell'esame microscopico ci rimettiamo a quanto fu detto parlando del raschiamento diagnostico dell'endometrio. Aggiungiamo che i quadri istologici che talora si formano, specialmente nei casi di erosioni volgenti a guarigione, sono tutt'altro che di agevole interpretazione. Le zone di epitelio pavimentoso, che stanno formandosi, a volte passano sopra fondi ghiandolari occludendo sbocchi e determinando distensioni cistiche macroscopiche, le quali ci rendono ben ragione della produzione dei così noti «ovuli di Naboth»; a volte invece si affondano entro alle stesse ghiandole e, sopratutto in certi orientamenti della sezione, possono assumere l'aspetto di isole cancerose; sarà la disposizione delle singole cellule, la mancata atipia, lo studio di sezioni in serie, che potrà delucidare il quadro: ma ricordo casi anche di anatomopatologi provetti, che emisero leggermente diagnosi errata di cancro e invece erano solo lesioni benigne. Ora questo si dice per riaffermare, che si tratta di reperti delicati, che vanno sottoposti a diagnosi da parte di competenti nella istologia ginecologica.

Non solo dal collo, si intende, può avvenire di asportare dei frammenti di tessuto per un accertamento istologico; ma anche dai genitali esterni, dalla vagina; la tecnica non varia da quella detta; più esterna è la regione sospetta, più facile sarà il metterla in evidenza,

Esami microscopici.

Non parliamo degli esami istologici a scopo diagnostico, su cui si fece già cenno a proposito del raschiamento e della biopsia del collo. Sono codesti, esami che richiedono istallazioni e competenza non sempre possedute dal pratico. Questi invece può benissimo procedere senz'altro ad esami batterioscopici di secreti vaginali o uterini, purchè possieda un microscopio. Nelle contingenze più comuni si tratta di identificare o meno il gonococco, il bacillo di Koch, o altri piogeni comuni. Per le ricerche batteriologiche, utili a volte non solo per stabilire la etiologia, ma dal lato terapeutico allo scopo di preparare un auto-vaccino, dovrà servirsi di laboratori batteriologici a cui invierà il materiale. L'importante è raccoglierlo e conservarlo senza inquinarlo. Quando si tratti di raccolte o del Douglas o del parametrio in cui si è fatta una puntura esplorativa, dalla stessa siringa il liquido sarà trasportato nella provetta sterile pronta o direttamente in un terreno di cultura già procuratosi. Per il materiale da prendere dall'utero, bisogna disinfettare la vagina e il collo; poi ci si può servire di un tubo di vetro da introdursi nel canale cervicale ed entro cui si aspira il pus; altre volte basta anche un'ansa di platino comune con cui insemenziamo direttamente il terreno.

Permeabilità delle trombe.

Fra i metodi sussidiari nelle indagini ginecologiche dovremo anche ricordare quelli, che negli ultimi anni sono stati proposti, per saggiare la permeabilità delle trombe, la cui conoscenza si sa essere fondamentale prima di decidersi per una cura locale della sterilità (discissioni, raschiamenti, riduzione di utero retroverso, ecc.).

Il problema è alcune volte veramente difficile; il comune esame obbiettivo rimane insufficiente; così, per esempio, sono casi in cui, pur essendo la tromba impervia, la lesione anatomica, macroscopica, e quindi rilevabile con l'esame, è assolutamente minima; viceversa in altri casi la storia di precedenti annessiali e magari anche il reperto ginecologico, fanno pensare a grossi guasti nella funzionalità tubarica, ed invece il lume di queste può essere pervio (1).

I primi tentativi di saggiare la permeabilità tubarica, si fondarono sull'uso di gas (CO^2-O^2) e dopo quella originale del Rubin, sono stati ideati una quantità di metodi e di accorgimenti, che sarebbe troppo lungo descrivere.

Riferiamo qui figura e tecnica del metodo di Rubin (2).

Descrizione dell'apparecchio (3).

« Consta di una comune bombola di O^2 o di CO_2 (A) al cui tubo di efflusso si applica uno speciale limitatore della corrente del gas (B) graduabile a vite, connesso per mezzo di un tubo di gomma con un sifone misuratore della quantità del gas (C), funzionante a valvola d'acqua, immerso a sua volta in un secondo recipiente pure contenente acqua e collegato da un lato con un manometro a mercurio (D), dall'altro, sempre per mezzo di tubo di gomma, con la cannula endouterina (E). Questa è del tipo della cannula di Ultzmann, del calibro di un Hégar n. 4 e presenta nella porzione terminale numerosi forellini disposti perifericamente. È munita poi di un tappo di gomma scorrevole (F) adattabile al muso di tinca a perfetta tenuta. La pressione del gas è mantenuta costante dal meccanismo del sifone a valvola d'acqua, il quale permette a sua volta di conoscere, sapendo la capacità

(1) Fra le varie proposte per saggiare la permeabilità tubarica, ricordiamo quella di *V. Ott.*, di iniettare nel Douglas una sospensione d'inchiostro di Cina e di carbone e di controllarne poi l'eventuale eliminazione in vagina attraverso l'utero.

(2) Da Bompiani in *Clinica Ostetrica*, 1924, n. 1.

(3) Per la difficoltà di ottenere apparecchi originali Rubin e di rendere il metodo accessibile alla maggioranza dei ginecologi, sono stati proposti ed esperimentati apparecchi che potremmo dire di fortuna.

L'apparecchio di Sellheim che rappresenta il più semplice di questi mezzi è una comune bottiglia da ipodermoclisi tipo Woulf raccordata da un lato con una doppia palla Richardson, dall'altro con il manometro a Hg. e con la cannula endouterina. Apparecchi molto simili a questo sono quelli di Engelmann (1) di Dortmund, Ottow (2) di Dorpat, e di Mandelstamm (3) di Pietrogrado, i quali tutti usufruiscono dell'aria invece che del CO_3 o dell'O_2. In essi poi manca un controllo esatto della quantità del gas insufflato e della velocità della corrente dell'aria. Più logico è l'uso dell'apparecchio Forlanini, quale si adopera per il pneumotorace terapeutico, quando si sostituisca al comune manometro ad acqua uno a mercurio tipo Riva Rocci.

(1) Engelman, *Zentralblatt t. Gynaek.*, n. 46-47, 1923. (2) Ottow, *Ibidem.* (3) Mandelstamm, *Ibidem.*

del sifone, che in genere è di 40 cm. ed il numero delle volte in cui la valvola entra in azione per la durata dell'esperimento, la quantità del gas che è passata nella cavità peritoneale. Per avere valori comparabili tra di loro

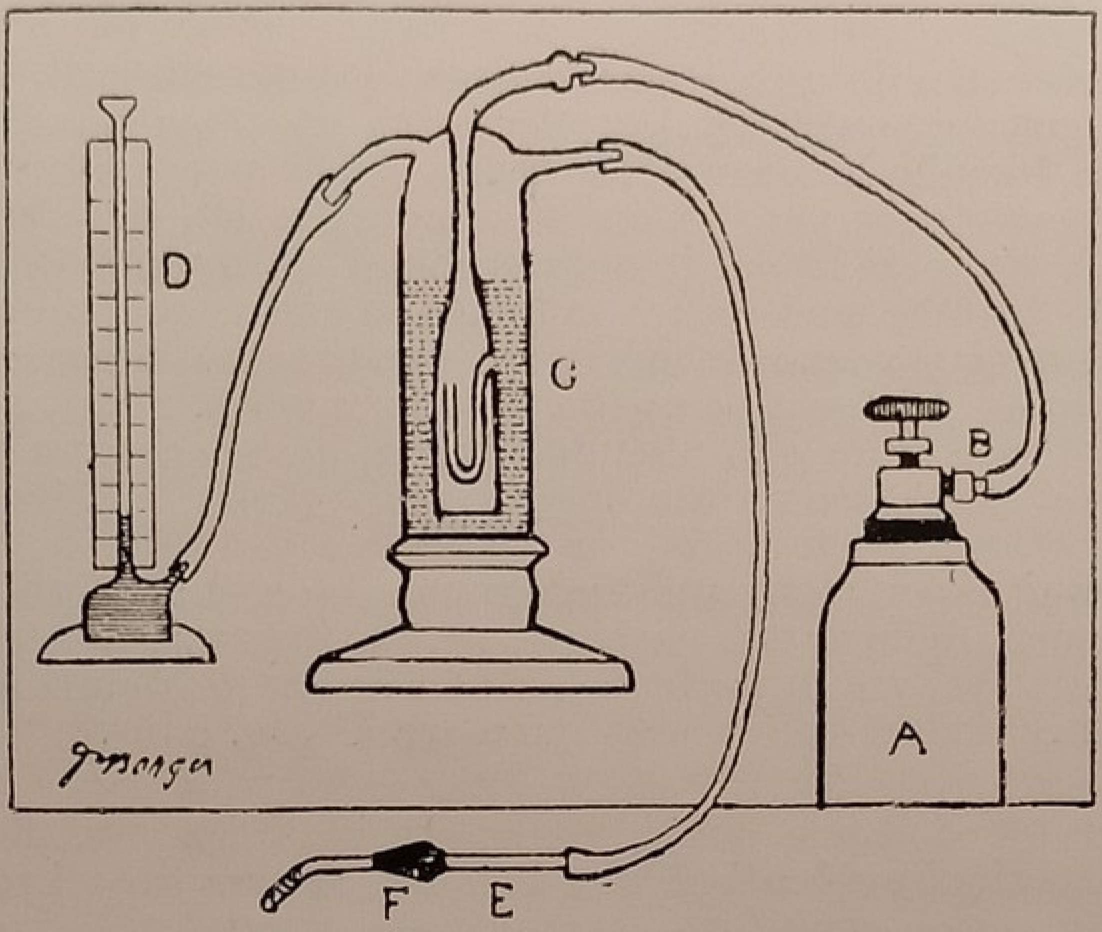


FIG. 52. – Apparecchio di RUBIN per la insufflazione delle trombe.

occorre ogni volta prima dell'esperimento regolare l'apparecchio in modo che la pressione sia tra 100 e 120 mm. di Hg. e le pulsazioni della valvola a sifone da 2 a 3 per ogni 15". Questa regolazione dell'apparecchio va fatta con il massimo scrupolo e controllata più volte se si vogliono avere valori attendibili.

Tecnica.

Occorre far precedere un esame accurato allo scopo di determinare la posizione esatta dell'utero e lo stato degli annessi, scartando tutti i casi di processi infiammatori acuti o subacuti. A donna in posizione ginecologica si applicano poi le valve anteriore e posteriore e, previa detersione del collo e della vagina e disinfezione con alcool picrico, si afferra con una pinza di Hégar il labbro anteriore, prendendolo sul suo bordo esterno. Isterometria ed introduzione della cannula nel canale cervicale spingendola attraverso l'orificio interno nella cavità uterina. Si fa scorrere poi il tappo di gomma lungo la cannula in modo da applicarlo a pressione contro il muso di tinca assicurandosi che non fuoriesca del gas. In questo momento si dà passaggio alla corrente. Nel caso che le trombe siano ambedue pervie la colonna mercuriale del manometro salirà subito a 100-110 mm. e rapidamente ridiscenderà a 50-40, fluttuandovi fino all'estrazione della cannula. Se la colonna sale a 180-200 mm. e non discende più, ma anzi tende ad aumentare vuol dire che le trombe sono ambedue occluse; se la pressione sale rapidamente a 160-180 e poi discende lentamente è segno che una delle trombe è parzialmente pervia. Se la pressione sale in un primo tempo a 180-200 mm. e poi discende rapidamente, si deve pensare che l'ostacolo sia stato rimosso.

Una sola insufflazione non ha valore probativo: bisognerà, nei casi di trombe parzialmente o totalmente occluse, ripetere la prova almeno tre volte ed a distanza di qualche giorno. Nei casi di trombe pervie si potrà anche determinare la quantità del gas passato nell'addome che è in genere di circa 250 cm.: come abbiamo detto, a questo scopo, basta contare il numero delle volte in cui la valvola entra in giuoco e moltiplicarlo per la capacità del sifone (40 cm.^{3}). Nei casi di occlusione delle trombe prima di togliere la cannula, è bene far svuotare lentamente il gas raccolto nella cavità uterina.

Terminata la prova si invita la donna ad alzarsi: dopo un tempo variabile da pochi secondi a qualche minuto, al massimo 10-15" a seconda della quantità del gas insufflato, nei casi di pervietà delle trombe la paziente accusa un dolore ora limitato alla regione acromiale, ora diffuso a tutta la spalla destra, ora anche alle radici cervicali di sinistra; dolore che è patognomonico e che probabilmente è dovuto al raccogliersi del gas sotto la cupola del diaframma e più specialmente fra la convessità del fegato e del diaframma. Il dolore cessa facendo ritornare la donna dalla posizione eretta a quella orizzontale, è persistente per 4-8 ore se si adopera O^2, dura solo da 15 a 30′ insufflando CO^2. Nei casi in cui il dolore non si sia manifestato o di parziale occlusione delle trombe può essere indicato anche il controllo radioscopico: anche questo è bene sia fatto in posizione eretta; sarà allora visibile un'area chiara tra la cupola del fegato e quella del diaframma. Potrà anche eseguirsi in posizione genupettorale o in Trendelenburg; questa ultima allo scopo precipuo di rendersi conto dello stato degli organi pelvici nei loro reciproci rapporti.

La prova può essere fatta ambulatoriamente; così noi l'abbiamo eseguita nel maggior numero delle nostre pazienti, perchè se i casi sono scelti con adatto criterio è del tutto scevra di pericoli, e ad eccezione del dolore alla spalla, che, se si ha cura di insufflare solo scarse quantità di gas, è lieve, non è nemmeno fastidiosa ».

Controindicazioni evidenti all'uso di tale manovra sono i processi infiammatori, acuti o subacuti, degli annessi che potrebbero riaccendersi dando luogo a gravi complicazioni, così pure contrindicazione netta è il sospetto di una gravidanza, peggio poi se extra-uterina, o se c'è un cancro del corpo (trasporto in alto di frammenti neoplastici) (1), e in genere anche in tutte le emorragie uterine.

Più recentemente, senza togliere il valore clinico alla insufflazione tubarica si è andato diffondendo l'impiego di mezzi opachi ai raggi X sopratutto con l'uso del lipiodol (2).

Vantaggio delle salpingografie sarebbe dunque di localizzare un'eventuale stenosi tubarica, di potere avere un documento quale quello dato dalla lastra radiografica; ci sarebbero anche meno pericoli che non con la insufflazione di gas, anche dal lato delle possibili complicazioni settiche. Tuttavia nella necessità dell'apparecchio radiografico sta un evidente motivo di meno larga adozione.

Comunque non è da ritenerlo metodo antitetico alla semplice insufflazione, ma bene invece un utile complemento.

---

(1) Ricordare la teoria di Sampson sugli endometriomi (v. pag. 214).

(2) Questo non è irritante, non è tossico e dà un'azione antisettica locale che dovrebbe neutralizzare i possibili danni del trasporto in alto di germi. Il liquido viene iniettato, sotto una certa pressione (non oltre i 30 mm. di Hg.) nella cavità uterina, con accorgimenti acconci a non farlo defluire all'orificio esterno del collo, (un catetere p. es. con un tappo di gomma e un uncino per trattenere il collo aderente). Delle radiografie, in serie, possono sorprendere il passaggio del liquido attraverso la tromba nella pelvi o viceversa possono documentare il suo arresto, ad un determinato segmento della tuba.

Si possono cioè avere delle salpingografie molto dimostrative.

Prima dell'uso del lipiodol era stato proposto per la salpingografia (da Kennedy, 1923 e largamente usato da Schöber, 1925, e Serdukoff) il bromuro di sodio al 25 per 100, introdotto nell'utero sotto il controllo di un manometro fino ad una pressione di 100-160 mm. di mercurio in quantità da 20 e 40 cm. cubici.

Oggi però il lipiodol ha il consenso universale.

Abbiamo descritto con una certa larghezza anche questi nuovi sussidi diagnostici, ma non sarà male soggiungere che il medico pratico non dovrà cimentarsi in essi, con troppa confidenza. Tutto quanto richiede manipolazioni endouterine deve essere eseguito solo in ambienti adatti, e da persona esperta. D'altronde il campo d'azione pratico realmente utile è in fondo abbastanza limitato, quando non si voglia correre troppo dietro alla moda.

I raggi X nella diagnosi ginecologica.

Gli accenni fatti al problema della permeabilità tubarica ci portano a dire qualche parola sul problema generico della utilizzazione della radiografia nella diagnosi ginecologica.

Si può dire che qui quasi quasi il pubblico profano è stato un precursore. Quante volte e da quanto tempo, dopo l'affermarsi della radiografia nella diagnostica polmonare, urinaria, intestinale, ecc., ci siamo sentiti chiedere anche noi ginecologi di « guardare dentro con i raggi » ? Ora se la perfezione raggiunta in altri campi è ancora ben maggiore che nella ginecologia, non si può negare che qualche reale progresso non si sia fatto negli ultimi anni.

Un primo già decisivo passo era stato compiuto con la introduzione di gas nell'addome; essa soltanto rese possibile di delimitare i contorni degli organi ivi contenuti (1).

In un primo tempo si ricorse all'aria; poi fu provato l'ossigeno e in seguito fu proposto di servirsi della anidride carbonica.

Usando aria od ossigeno è poi necessario procedere alla evacuazione loro dopo la radiografia per togliere la molestia derivante alla malata dalla distensione dell'addome (il disturbo dominante è il dolore alla spalla, specialmente destra, per il pneumoperitoneo subfrenico che si produce); la anidride carbonica ha invece il vantaggio di un rapido assorbimento; non dà molestie, non occorre evacuarla; unica precauzione fare la radiografia immediatamente dopo la introduzione di essa.

Non è il caso di addentrarci in minuti particolari tecnici; ricordiamo solo che per ridurre al minimo la quantità di gas da introdurre si dà alla malata una dolce posizione di Trendelenburg (circa 20 gradi) col ventre in basso; per tal modo tutto il gas si raccoglie nel piccolo bacino e gli organi di questo restano bene delimitabili dai raggi Roentgen.

Circa la via di introduzione del gas, essa può essere duplice; o traverso la parete addominale col mezzo di un apposito trequarti (infisso sulla linea mediana, poco sotto l'ombellico), o per via transtubarica, secondo il metodo di Rubin, sufficiente, anzi ottimo e preferibile, salvo si intende nel caso di impervietà delle trombe.

Uno dei punti su cui più unanime è l'accordo circa alla utilizzazione della radiografia ginecologica è sulla dimostrazione delle aderenze viscerali o parie-

---

(1) Fu Weber (1911) a segnalare che l'aria nell'addome permetteva una buona radiografia; nel 1914 Metzer–Betz iniettò ossigeno invece che aria; ma si trattò sempre di semplici tentativi; fino a che nel 1919 Goetze rese pubblici i suoi magnifici radiogrammi addominali previo pneumo-peritoneo. Egli fu subito seguito in Germania da Dietl e Polano (*Münch. Med. Woch.* 1911) e da Mayer (*Zenit. f. Gyn.*, 1910, n. 48 e 1911) mentre in America portavano larghi contributi Stein e Stewart, Tyler e ultimamente Peterson; in Italia se ne occupò Alessandrini. (*Atti II Congresso Radiologia Medico*) 1919.

tali: queste, che non sono documentabili col comune esame genitale, ma solo per così dire intuite, si mettono nella più chiara evidenza colla radiografia. Che cosa di più eloquente e di più convincente al proposito, della radiografia riportata da Mayer, nella quale si vede nettissima distaccarsi la aderenza entero-omento-addominale ?

Se già il pneumoperitoneo aveva permesso risultati incoraggianti, un nuovo progresso è venuto ultimamente dalla introduzione di sostanze opache nel canale genitale.

È il principio, che vedemmo a base della salpingografia nello studio della permeabilità delle trombe. La sostanza con la quale sono state eseguite le più larghe ricerche, sia fuori che tra noi, è il Lipiodol (1).

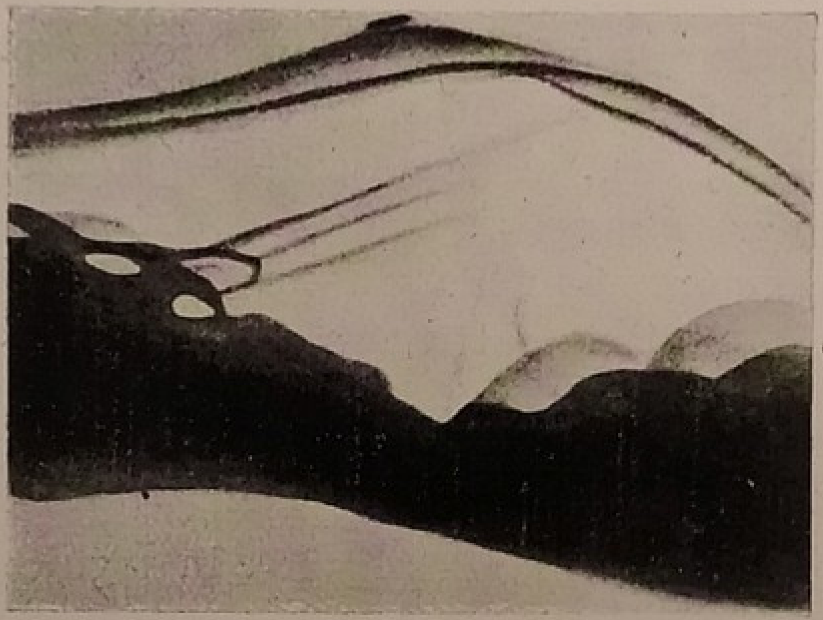


FIG. 53. – Aderenze omentali (da MAYER).

Si tratta di metodi delicati però, che richiedono l'associazione intelligente del radiologo col ginecologo, e non si deve credere, nè che sia tanto facile il leggere i radiogrammi, nè che proprio la diagnosi ginecologica possa così svelare tutti i suoi segreti. L'acquisto fondamentale è quello della salpingografia. Per il resto l'esame clinico mantiene ancora una buona preminenza.

Codesti brevi accenni alla radiografia ginecologia e il leggiero scetticismo conservato anche di fronte agli entusiasmi odierni di taluno, non toccano però minimamente la importanza fondamentale della radiografia ostetrica, che interessa anche il ginecologo data la facile necessità della diagnosi differenziale con gli stati gravidici.

Qui non c'è discussione; si tratta solo di avere un apparecchio buono e di saperlo manovrare; il risultato non è dubbio.

Anche senza il pneumoperitoneo, la radiografia ci fornisce ormai un mezzo prezioso per la diagnosi della seconda metà della gravidanza, ed è in questa contingenza sussidio tale, che il ginecologo non ha oggi il diritto di ignorarlo o di dimenticarlo.

Indagini sull'apparato urinario.

Fra i mezzi sussidiari della diagnosi ginecologica non dobbiamo dimenticare l'aiuto che ci può venire dalla indagine sull'apparato urinario.

Il ginecologo deve essere padrone anche della tecnica dell'esame urologico, giacchè molte sono le contingenze in cui ne può avere bisogno, sia per determinare la funzionalità renale, sia per stabilire le eventuali lesioni renali, ureterali o vescico-uretrali, che accompagnino delle malattie utero-ovariche

---

(1) Chi voglia particolari maggiori può vedere il numero di agosto 1926 della *Gynécologie et Obstétrique*, dove sono lavori di Cotte, Bertrand, Beclère, Serdukoff, e potrà consultare il volume degli atti del Congresso Ostetrico di Modena, 1926 (Vercesi, Giavotto).

o che da sole portino a lui la malata (complicazioni post operatorie, puerperali, come cistite o pielite, incontinenza, ritenzione di urina, ecc.).

Un buon ginecologo deve essere per lo meno in grado di fare la cistoscopia e il cateterismo degli ureteri. La pielografia, la cistografia, utilissimi sussidi, richiedendo l'associazione col radiologo non sono alla portata del medico isolato.

Fra i metodi elementari di esame vescicale che sono alla portata di ogni medico è il *cateterismo*, sia per avere dei campioni di urina da sottoporre ad analisi anche batteriologica; sia per ovviare a fatti di ritenzione vescicale; sia a scopo di orientamento sulla topografia della vescica in quel dato caso.

In linea generale rammentare che per questo ultimo scopo occorre servirsi di cateteri rigidi, per lo più metallici; mentre nei casi di ostacoli meccanici (per tumori, in parto, ecc.) è preferibile usare cateteri di gomma, se pure indurita in modo che abbiano una certa resistenza.

È superfluo aggiungere che si dovranno seguire le norme della asepsi rigorosa, disinfettando i cateteri, i genitali esterni. È anche ben noto che il cateterismo vescicale per se stesso può indurre la penetrazione in alto di germi annidati nell'uretra e quindi causare processi flogistici; ne deriva la opportunità di non ricorrervi senza buon motivo; p. es. non è buona pratica fare il cateterismo semplicemente perchè, accingendoci all'esame genitale, troviamo la vescica piena; se non ci sia la indicazione speciale di voler esaminare l'urina sterilmente, se la minzione spontanea sia possibile, sarà il caso di far scendere la donna e farla urinare da sè. Si perderà qualche po' di tempo magari, ma non andiamo incontro alla possibilità di far del male inutilmente.

Un'altra manovra capita spesso di dover fare ed è la esplorazione della parte pelvica degli ureteri e del loro sbocco nella vescica; la si fa bene con le dita traverso i fornici; in tal modo possiamo mettere in evidenza eventuali processi infiammatori o anche dei calcoli.

La manovra più speciale e delicata da apprendere è la cistoscopia.

Per eseguire la cistoscopia; occorre tenere la donna in posizione sacrodorsale, sul lettino ginecologico; assicurarsi dello stato di limpidezza delle urine e ove siano torbide lavare la vescica ripetutamente con soluzione antisettica (p. es. ossicianuro di mercurio 1 su 5000 o soluzione borosalicilica), distendere la vescica con soluzione sterile o di ossicianuro di mercurio 1 su 5000 o anche di antipirina all'1 % possibilmente in quantità di 200-300 cmc. Controllato il cistoscopio nel suo funzionamento (dopo la sua sterilizzazione con vapori di formolo), regolata la accensione della lampadina che poi viene di nuovo spenta, lubrificata l'estremità con una goccia di glicerina sterile, disinfettato il meato urinario, si introduce il cistoscopio nell'uretra, tenendo in alto la concavità; mano mano procede entro l'uretra si abbassa il padiglione e entrati infine in vescica si accende la lampadina. È questione ora di esaminare sistematicamente tutta la parete vescicale con opportuni spostamenti laterali e orizzontali del cistoscopio; fondamentale è poi l'esame del trigono vescicale e degli sbocchi degli ureteri.

Occorre per ciò esercizio diretto e ben guidato per orizzontarsi correttamente sui vari reperti vescicali e per interpretarli correttamente, oltre che per acquistare nella manovra la rapidità necessaria a ridurre la molestia; e d'altra parte non si può qui dare tutta la tecnica. Chi voglia impadronirsene deve studiare i trattati speciali; fra noi ottimo e succoso quello recentissimo di Colombino (Ed. Cogliati 1926).

SINTOMI PRINCIPALI DELLA PATOLOGIA GINECOLOGICA. LE DIRETTIVE CLINICO-DIAGNOSTICHE

Disturbi nella mestruazione.

La mestruazione può essere abnorme per epoca di comparsa, per ritmo, per difetto, per eccesso. I nomi più correnti sono:

Amenorrea, mancanza della mestruazione;
Menorragia, mestruazione troppo abbondante;
Metrorragia, perdita di sangue dall'utero, irregolare, senza ritmo.

Nell'odierna letteratura e nei trattati più recenti sono usati anche altri termini, che è bene siano noti pure al medico pratico.

Nella nomenclatura di Seitz:

Oligomenorrea, equivale a scarsa quantità di mestruazione;
Ipermenorrea, a eccessivo efflusso di sangue;
Opso-menorrea, a mestruazione ritardata oltre il ritmo consueto;
Proio-menorrea, ad anticipo del ritmo mestruale.

Ne derivano varie combinazioni di parole: p. es., si parla di *opso-ipermenorrea* quando la mestruazione compare in ritardo, ma è eccessiva, mentre se oltre che ritardante è anche scarsa si parla di *opso-oligo-menorrea*.

Tale nomenclatura non è del resto da tutti accettata; ad esempio Schroeder indica come oligo-menorrea la mestruazione ritardante e chiama polimenorrea quella anticipante, mentre Bolaffio propone per quest'ultima il nome di pollachi-menorrea.

Del resto è questione d'intendersi, e in fondo sarà poco male se continueremo a dire semplicemente mestruazione anticipante o ritardante, scarsa o abbondante, limitandoci a conservare i nomi ormai entrati nell'uso di amenorrea-menorragia-metrorragia.

Oltre codeste varietà maggiori dobbiamo tener conto della *mestruazione precoce*, quando compare prima dell'età media; delle *mestruazioni deviate* (vicarianti-complementari) e della *criptomenorrea*, ossia della mestruazione nascosta.

Mestruazione precoce.

Perchè si possa veramente parlare di mestruazione precoce occorre non solo l'apparire nei primi anni di vita, ma anche la successiva periodicità del flusso mestruo.

Così circoscritti, i casi sono assolutamente eccezionali ed in rapporto con profonde anomalie dello sviluppo endocrino, sopratutto a carico della pineale.

Distinti nel significato clinico vanno i casi in cui compaiono delle metrorragie irregolari in rapporto con lesioni neoplastiche dell'utero (sarcomi di solito); e anche queste sono del resto delle vere rarità.

Un significato affatto diverso ha la semplice perdita di sangue dalla vagina nei primi giorni della nascita.

Qui si tratta di stillicidi sanguigni per lo più di breve durata, i quali non hanno alcun significato mestruale; cessano senza più ripresentarsi e sono legati a trasudazioni ematiche facili a verificarsi nell'endometrio delle neonate nel momento stesso del parto, per lo più come conseguenza di stati asfittici; non va però dimenticato che concorre un altro fattore ed è lo stato di ipertrofia consensuale a cui va incontro l'utero fetale al termine di gravidanza, per un meccanismo biologico complesso, in parte ormonico, in parte vascolare (1), ipertrofia a cui segue poi nel periodo post-natale un processo involutivo, analogo a quello del puerperio. In questa fase non è rara la perdita di qualche po' di sangue dall'utero, ma non ha alcun significato mestruale ove non si rinnovi ritmicamente in seguito; non ha comunque alcun significato patologico, nè attuale, nè sul futuro destino genitale, del che possiamo rassicurare i genitori che si spaventassero.

Mestruazioni deviate.

Parliamo di *mestruazioni deviate* quando si abbiano in organi vari delle perdite sanguigne periodiche, in coincidenza o in sostituzione del flusso mestruale. Si parla più precisamente di mestruazione *vicariante* quando manca il flusso uterino, e di *complementare*, quando c' è anche la mestruazione.

La localizzazione più frequente è il naso (30 %).

Ma si hanno nella vescica (3.5 %) – nei polmoni (emottisi) 8 % – nell'orecchio 2.5 % – nelle mammelle 5 %.

Per lo più nel singolo individuo è sempre lo stesso organo sede dell'efflusso sanguigno.

Talora è desso sede di lesione patologica, p. es., ematemesi in affetta da ulcera gastrica, emottisi nella tubercolosi polmonare, ma non sempre; così le epistassi sono frequenti anche a mucose nasali sane.

Queste vicende si hanno per lo più quando esiste regolare una funzione ovarica mentre manca per condizioni anatomiche congenite o acquisite la possibilità di un efflusso sanguigno dall'utero.

---

(1) Il fattore circolatorio, messo in luce da Conte, è la diminuita vascolarizzazione del distretto genitale, poichè dopo la nascita viene a mancare la cooperazione delle arterie ombelicali. Il fattore ormonico (Bayer–Halban) è più supposto che dimostrato; ma tuttavia trova appoggio nei fatti mammari, che si osservano nei feti dopo la nascita (turgore e secrezione, in entrambi i sessi); l'involuzione uterina post-natale sarebbe da riportare a quegli stessi fattori ormonici che nella madre conducono all'involuzione dell'utero puerperale. (GAIFAMI, *Folia Gynaec*, 1920, fasc. 1.

Criptorrea.

Riuniamo sotto la denominazione di *criptorrea* quelle forme di *amenorrea*, in cui si tratta di mancanza o di sospensione del flusso sanguigno quando manca al sangue la possibilità di defluire all'esterno.

Rientrano in questa categoria tutte le malformazioni congenite delle vie genitali inferiori (imperforazione dell'imene, atresia della vagina, atresia del canale cervicale); allora in concidenza con i periodi mestruali assistiamo a crisi dolorose nel basso ventre e a progressiva distensione del segmento genitale a monte dell'ostacolo.

Non mancano casi di ostacoli anatomici acquisiti; si può trattare di postumi di processi flogistici locali infantili (blenorragia) o conseguenti a localizzazioni cervico-vaginali nel corso di esantemi acuti.

Meno spesso sarà in giuoco una lesione tubercolare cervicale perchè di raro persiste allora la mestruazione, associandosi una vera amenorrea da cause generali o da alterazioni profonde dell'endometrio.

La diagnosi nelle forme primarie congenite di solito è facile per l'epoca di comparsa nel tempo della pubertà, per la fenomenologia dolorosa mensile, per l'esame obbiettivo. Ma bisogna pensarci e non correre a suggerimenti e rimedi senza prima aver fatto un esame locale. Si può andare incontro a insuccessi professionali e a far del male, confondendo una amenorrea costituzionale funzionale con una ritenzione mestruale.

Esempi edificativi non mancano! Eccone uno:

Si tratta di una giovanetta di 15 anni, con infantilismo generale, nella quale i caratteri secondari della pubertà si erano annunciati da un anno, concomitanti a dolori al basso ventre e alla regione lombare specie a sinistra. Poichè era stata palpata una tumefazione in alto alla regione renale di sinistra ed era comparso del sangue nella urina, da distinti clinici era stato anche pensato alla possibilità di una tubercolosi renale, diagnosi poi esclusa in base ad esami biologici e alla radiografia. Un altro clinico, impressionato per il ritardo nello sviluppo somatico e psichico della ragazza, pensò allora che fosse utile lo stimolare la funzione ovarica e ricorse ai preparati di corpo luteo. Questi ebbero per effetto di risvegliare dolori più atroci, ma più nettamente a crisi mensili; l'ultima intensissima ed accompagnata a uno stato di lieve subittero. Se peggiorarono così le condizioni generali anche per la necessità di largheggiare nell'uso di ipnotici e sedativi, venne però portata l'attenzione finalmente pure sull'apparato genitale e fu allora interpellato anche un ginecologo; il quale non durò fatica a riconoscere una malformazione dei genitali esterni tale da far riportare a un ematometra una tumefazione addominale mediana, palpabile ora anche dall'esterno. Un primo tentativo di aprire la vagina in basso fallì, e si ricorse allora (nella mia clinica) alla via laparotomica.

Questa permise di vedere che oltre all'ematometra cospicuo c'era una malformazione del corpo uterino, nettamente bicorne; la vagina mancava quasi del tutto; c'era invece una ematosalpinge sinistra molto alta, aderente e in parziale necrosi da *torsione sul peduncolo*.

Meno facile è pensare alla criptomenorrea nella forma acquisita, secondaria, dopo cioè un periodo di mestruazione già regolare, magari dopo un parto. Qui allora troviamo nella storia spesso fatti di stenosi cicatriziale del canale cervicale, da causticazioni locali (p. es. col nitrato d'argento, collo zinco, col Pacquelin) o troviamo sinechie estese vaginali come conseguenza di vaginiti settiche dissecanti puerperali, o dopo malattie infettive (come il colera).

Comunque l'indirizzo diagnostico è dato dal persistere di molimina mestrualia, ossia dei fenomeni generali accompagnanti la mestruazione, e dalle crisi dolorose locali. L'esame ginecologico farà presto riconoscere la raccolta ematica e la causa dell'ostacolo. Basta pensarci e basta esaminare le malate.

Di raro si tratta di stenosi cervicale a tipo spastico, o di tumori nel segmento inferiore; ma qui non si arriva a ritenzioni protratte a lungo; al più due-tre mesi. Non sono mancati però equivoci diagnostici (1).

Amenorrea.

E fermiamoci ora un momento sulla *amenorrea* vera e propria ossia sulla reale mancanza della mestruazione. La prima distinzione che dobbiamo fare, è fra amenorrea *fisiologica* e *patologica*.

La amenorrea fisiologica è in rapporto con l'età, prima della pubertà e dopo la menopausa; con la gravidanza e talora con l'allattamento.

L'amenorrea patologica può essere determinata da cause locali genitali e da cause generali. E può essere secondaria o primaria, secondo che sia o no stata preceduta da un periodo di normalità mestruale.

Fra le cause locali delle forme primarie ricordiamo:

assenza delle ovaie o estrema ipoplasia di esse;

assenza o mancata canalizzazione dell'utero o sua estrema aplasia (utero rudimentale fetale);

postumi di flogosi utero-annessiali nell'infanzia, sopratutto da tubercolosi, ma talora anche per tifo, malaria, o altre malattie infettive ad azione distrofica sulle ovaia o con azione distruttiva sull'endometrio (scarlattina, colera).

(1) Di uno per esempio fui attore io stesso. Chiamato presso una signora sui 45 anni, che era sofferente da qualche settimana al basso ventre e che aveva avuto una amenorrea di tre mesi, seguita da un modico stillicidio di sangue, avendo trovato un utero retroverso globoso, grosso così da riempire quasi lo scavo, pensai a un fibroma. Nella anamnesi risultava che qualche anno prima la signora era stata vista da un distinto ginecologo e trovata affetta solo da retroversione; dunque l'aumento di volume dell'utero era recente e questo supposto tumore che cresceva proprio nell'epoca della menopausa non lasciava tranquilli sulla sua natura. Non si precipitò tuttavia alcuna decisione terapeutica e fu bene perchè un bel giorno mi vidi chiamare per una emorragia profusa, con dolori a tipo di contrazioni uterine; vennero emessi dei grumi e del sangue fluido in discreta quantità; e nei giorni seguenti l'utero riprese le dimensioni normali: si era cioè avuto un ematometra non sospettato.

Nelle forme secondarie troveremo come cause locali:

le atresie uterine conseguenti a processi distruttivi dell'endometrio (endometrite settica dissecante puerperale);

le distruzioni diffuse dell'endometrio (caustici, atmocausi, raschiamenti eccessivamente profondi);

la iperinvoluzione uterina conseguente ad allattamento protratto;

la asportazione chirurgica delle ovaie o dell'utero o della parte funzionante di questo;

la tubercolosi papillare del collo e la tubercolosi in genere genitale, specie se indovata nell'endometrio;

i tumori ovarici maligni bilaterali, con distruzione totale o quasi del parenchima funzionante.

Larghissima poi è la serie delle condizioni generali che possono portare ad una amenorrea, sia primaria, che secondaria. Ce ne rendiamo bene ragione ricordando che il plasma germinale è in dipendenza dello stato del plasma somatico, per modo che l'ovaio dimostra una straordinaria sensibilità di fronte alle malattie generali.

Diamo qui un elenco, già lungo per quanto incompleto, di cause generali di amenorrea:

Malattie esaurienti in genere, anemia accentuata, clorosi;

Denutrizione (amenorrea di guerra, delle monache, delle recluse);

Malattie infettive a lungo decorso (malaria, tifo);

Processi suppurativi cronici;

Malattie di organi endocrini, acromegalia, mixedema, Flaiani–Basedow, distrofia adiposo-genitale, morbo di Addison (negli ipernefromi si ha atrofia utero-ovarica mammaria e mascolinità);

Malattie del ricambio (diabete, obesità, p. es., a tipo ipofisario, uricemia);

Malattie mentali, specialmente a tipo malinconico (il ritorno mestruale è solitamente di buona prognosi);

Forme psichiche (affaticamento mentale, spavento, impressioni dolorose, notizie cattive, preoccupazioni morali, desiderio di prole, o paura di una gravidanza). In tutti questi casi si tratta per lo più di amenorrea transitoria di difficile interpretazione; di solito tutti codesti fattori agiscono dannosamente, se coincidono proprio col periodo mestruale, che può sospendersi bruscamente;

Forme tubercolari, anche nelle pleuriti, nelle apiciti semplici, magari iniziali, più poi negli stadi avanzati. (A localizzazione tubercolare viene riportato circa un sesto di tutte le amenorree);

Lues secondaria;

Intossicazioni in genere (nelle lavoratrici della gomma per il solfuro di carbonio, nel tabagismo, morfinismo, cocainismo, alcoolismo);

Cambiamento di vita e di sede, come nelle ragazze che dalla campagna vanno in città al collegio, con il consecutivo cambiamento di clima, di alimentazione, di vita;

Anche *traumi fisici*, come un bagno freddo fatto in periodo mestruale, furono visti seguiti da amenorrea.

Nelle amenorree da causa generale si tratta per lo più di forme transitorie.

Nei casi di amenorrea transitoria dobbiamo ricordare, dal lato clinico, che persistono talora noiosi molimina mestrualia; vi sono casi nei quali la donna presenta delle sofferenze locali analoghe o fors'anche peggiori di quelle avvertite al momento del flusso mestruo, come del resto è osservazione popolare che nelle mestruazioni stentate, scarse il dolore è più vivace, di quando il sangue compare in copia.

Oligomenorrea e mestruazione ritardata.

Sono due forme che riconoscono per lo più cause generali identificabili in gran parte con quelle elencate a proposito dell'amenorrea.

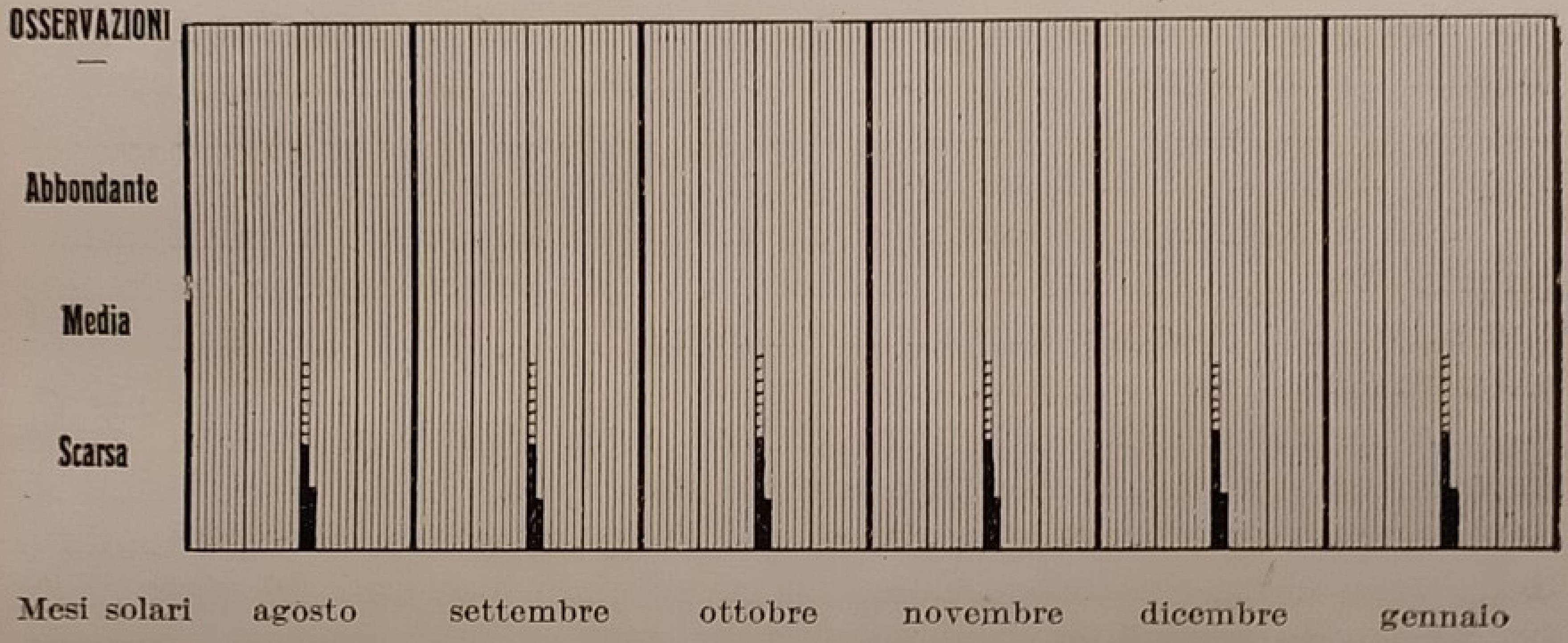


FIG. 54. – Grafica mestruale in un caso di oligomenorrea.
La mestruazione è scarsa, dura solo due giorni, con dolori il primo giorno.
(*Clinica Ost. Gin. di Bari* – Sch. 25-1926).

Se la causa agisce meno intensamente o è risentita dall'ovaio come meno intensa, la inibizione sulla funzione di questo è meno palese o meno duratura.

Nelle forme più spiccate di oligomenorrea o di opsomenorrea siamo quasi sempre in presenza di fattori costituzionali e di disfunzioni endocrine. Il reperto più frequente genitale è quello di una ipoplasia uterina.

Menorragia.

Intendiamo con questo nome l'eccesso di quantità della mestruazione. Questa è varia da soggetto a soggetto, entro limiti abbastanza estesi; in media la quantità di sangue perduto ad ogni mestruazione va da 50 a 200 cmc. La durata oscilla fra i 3 e i 7 giorni; non con uguale intensità (*v.* pag. 20).

Il ritmo cosidetto mensile varia dai 28 ai 30 giorni, ma in alcune donne è abbreviato e ridotto a tre settimane; ora nella menorragia spesso i due fatti si associano: una eccessiva quantità di sangue e un eccessivo ravvicinarsi del periodo.

Le cause della menorragia (anche detta ipermenorrea) siano o no associate con l'anticipo del periodo (la proio– o poli– o pollachimenorrea) vanno distinte in locali e generali, per quanto non sempre si possano sceverare fra loro.

Cause locali. — Sono in genere i processi neoplastici e infiammatori dell'apparato genitale. Tra i tumori sono notoriamente i fibromi che predominano e che lasciano il tipo mestruale alle emorragie, per assumere anche carattere intermestruo o irregolare di metrorragia, solo se diventino sotto-mucosi o si associno a polipi mucosi o a trasformazioni maligne dell'endometrio. Negli altri tumori – cancri, sarcomi, polipi – se c'è pure la menorragia, quella che ha maggiore importanza direttiva è la emorragia intermestrua.

Nei processi flogistici si tratta sopratutto di annessiti e di endometriti concomitanti, nello stadio acuto, ma anche nella fase cronica talora, se si siano determinate lesioni, sopratutto dell'endometrio o se persistono fatti di stasi nella pelvi e quindi nell'utero stesso.

Fra le lesioni anatomiche ovariche spesso associate a tali forme e quindi incolpate di esse è la cosidetta ovarite sclero-cistica: ovaie cioè con albuginea spessa e molti follicoli rigonfi, tesi, quasi per una disordinata maturazione ovulare.

Le retroflessioni e le retroversioni sono spesso in giuoco, come manifestazione di un difettoso circolo locale; in questi ultimi anni si diede anche importanza al *varicocele pelvico* (alle ectasie cioè nel dominio delle vene utero-ovariche). Congestioni pelviche possono del resto esser provocate da tanti fattori che andranno volta a volta ricercati, quando manchi un reperto anatomico, non solo per la delucidazione patogenetica, ma perchè se ne potrà trarre norme curative. Così la stipsi esagerata; la vita sedentaria; le eccitazioni sessuali, del ballo, del cinematografo, della lettura, della masturbazione. Anche alcune pratiche contracezionali, sopratutto la interruzione del coito, a lungo andare, portano a congestioni utero-ovariche che si ripercuotono sulla frequenza ed intensità del flusso sanguigno. Possono anche aversi lesioni miometrali o vascolari in rapporto con la sifilide.

Nella pubertà e nei primi anni, come pure nella menopausa, altri fattori concorrono: spesso si ha sovrapposizione di vere forme metrorragiche; ad evitare ripetizioni ne parliamo appunto nel capitolo affine delle metrorragie.

Cause generali. — Ricordiamo le malattie cardio-renali, e vascolari in genere, la ipertensione, gli stati discrasici (porpora per es.), disturbi del metabolismo (obesità, o diabete); fattori psichici, come emozioni violente; fattori fisici come un bagno freddo preso in periodo mestruale, strapazzi di sport, cambiamenti di clima, ecc.

Non sempre la interpretazione patogenetica è chiara.

Per lo più si invocano la congestione e la disordinata attività ovarica (maturazione di follicoli non ritmica o per deficiente azione inibitrice del corpo luteo).

E si è data anche importanza al tono uterino nel senso che una deficienza del miometrio possa rendere meno facile la emostasi; così

si spiegherebbero casi di opsoipermenorrea in cui il reperto genitale faccia rilevare una ipoplasia dell'utero.

Ad ogni modo diciamo, per riassumere, che indipendentemente da malattie generali, il significato della menorragia è meno *cattivo* ginecologicamente che non quello delle metrorragie, specialmente dal punto di vista neoplastico e infiammatorio; prevalgono le forme funzionali, *ovariche*, secondo le odierne concezioni.

Metrorragie.

Parliamo in senso stretto di *metrorragia*, quando siamo di fronte a perdite di sangue uterine senza ritmo, fuori cioè dal periodo mestruale (1). A volte, è chiaro, si può avere un passaggio insensibile da una forma menorragica ad una metrorragica; così succede in molti casi di emorragie della pubertà, nel corso di fibromi, ecc.; ad ogni modo è poi la perdita irregolare che domina la scena e indirizza di per sè in un dato concetto diagnostico.

La metrorragia può essere di durata e intensità varie, intermittente o continuata.

Quando il sangue è in copia di solito viene emesso anche in forma di grumi.

Il colore varia: rosso vivo nelle emorragie abbondanti, con emissione rapida all'esterno; è talora oscuro fino a un colore piceo, come nelle emorragie insistenti delle gravidanze tubariche, finite in aborto; altre

---

(1) È ben inteso che non dobbiamo identificare senz'altro ogni perdita di sangue dai genitali come una metrorragia, senza prima esser sicuri che la sorgente del sangue sia uterina.

Certo è tuttavia che emorragie da lesioni traumatiche, neoplastiche, ulcerative, dalla vulva o dalla vagina sono di grande rarità. Ma non bisogna lo stesso dimenticarsene.

Ricordo di avere veduto una donna qualche ora dopo che più medici si erano industriati con valve vaginali e speculum a rintracciare la causa di una forte emorragia, insorta dopo un calcio ai genitali, e in cui avevano finito per fare un tamponamento cervico-uterino nella supposizione di una metrorragia poichè, sapendo la donna gravida nei primi mesi, era stato pensato a un aborto. Ma lo zaffo vaginale dopo poco mostrava di imbeversi e gemeva sangue all'esterno; toltolo si vide che esso era rimasto bianco nella parte profonda, il che già chiariva la sorgente emorragica: questa d'altronde era facilmente intuibile data la connessione col calcio. Esisteva una lesione della parete vaginale, proprio nella parete anteriore, a circa tre centimetri dal meato urinario, e per la sua sede era sfuggita a chi fece i primi esami, mentre il sangue scendendo lungo la parete si portava al fornice dando la impressione che uscisse dall'utero.

Meno frequente è la confusione con altra origine del sangue, sia dall'uretra che dall'ano.

Una osservazione anche superficiale da parte della stessa malata rende chiaro tale punto; ma nella pratica non mancano equivoci diagnostici. Così io ho sempre nella mente il caso di una gravida portata in Clinica, a Roma, in fine di vita, come affetta da grave metrorragia tanto da far ricorrere senz'altro alla laparotomia di urgenza nel supposto di una rottura di utero o di un distacco di placenta totale ed invece si trattava di una enorme emorragia vescicale sì che dalla vescica venne tratto un coagulo di oltre due chilogrammi.

La prima emorragia esterna vista dalla malata e dai famigliari e scambiata come uterina era stata seguita dalla enorme emorragia interna tale da mettere in fine di vita la donna e da giustificare le ipotesi diagnostiche su riferite...

Saranno del resto casi rari; così come è raro che si scambi, già da parte della malata, una emorragia emorroidaria per uterina, quantunque ciascuno di noi possa riferire qualche caso del genere.

volte può essere pallido, quasi sieroso sia in donne già molto anemizzate come in certi fibromi emorragici, sia per l'aggiungersi di una trasudazione sierosa come in certi fibromi sottomucosi o in forme di adenocarcinomi del corpo.

L'odore *sui generis* della mestruazione è per lo più conservato, tranne nei casi di metrorragie violente; ma talora si ha cattivo odore; ciò sopratutto quando avvenga un certo ristagno del sangue in vagina, o in casi di tumori in necrosi (come polipi fibrosi estrinsecatisi in vagina), o nei cancri o sarcomi del collo, nelle forme vegetanti.

La emorragia può essere spontanea o provocata da traumi locali, specialmente dal coito, da esami vaginali, dall'uso di cannule, ecc.

Mentre le menorragie ripetono spesso una causa funzionale, nel campo della metrorragia siamo di solito di fronte a lesioni organiche.

Fanno eccezione le metrorragie della pubertà ed alcune della menopausa in cui il fattore ovarico o la distrofia possono essere in causa.

Non è male tenere distinte le metrorragie secondo il periodo nel quale compaiono, in modo da averne direttive diagnostiche più immediate.

Metrorragie prima della pubertà.

Già si disse del significato di quelle piccole perdite emorragiche che compaiono talora nei primi giorni dalla nascita nelle neonate, ripercussione genitale di fenomeni asfittici, ma sopratutto di azioni ormoniche materne. Qui solitamente non si può nemmeno parlare di vere metrorragie. Tutto finisce ben presto.

Invece c'è una categoria di emorragie genitali pure nella infanzia, legate a veri fatti morbosi neoplastici; per lo più sarcomi sia dei genitali esterni sia dell'utero. (I tumori ovarici che più spesso si trovano nella infanzia sono piuttosto segnalati dall'aumento del volume dell'addome che non dalla metrorragia, la quale può mancare).

Nella infanzia la accennata possibilità di scambi diagnostici sulla sede della emorragia è più frequente; *osservare bene l'urina;* forme vescicali possono trarre in inganno i parenti. Devonsi ricordare infine quelle metrorragie che si accompagnano ad una precoce pubertà patologica, come nei casi di tumore della pineale, di cui già si fece parola.

Metrorragie della pubertà e giovanili.

In questo campo non sempre si possono differenziare le menorragie dalle metrorragie; se ne può fare una trattazione unica.

E questo non solo per le emorragie dei primi albori della pubertà, ma anche per i primi anni successivi: « le emorragie virginali o meglio giovanili ».

Qui le lesioni locali non sono in giuoco se non in minima parte, mentre acquistano predominio le condizioni generali, che modifichino la attività funzionale dell'ovaio e dell'utero. Predominante è la influenza della iperemia, attiva e passiva, quale si ha nelle ipertensioni

vasali (per lo più da disturbi endocrini), nelle cardiopatie (1), o semplicemente per la costituzione astenica, per la abituale distensione eccessiva della vescica, per la vita sedentaria, la stipsi, la enteroptosi, il vizio costituzionale «pletorico» (2), i disturbi psichici, le eccitazioni sessuali date dalle letture, dai cinematografi, dalla masturbazione e così via.

Nella iperemia genitale si potrebbe determinare un *plus* di attività ovarica che si tradurrebbe in un *plus* di formazione della *pars funzionalis* della mucosa uterina e da qui la emorragia più cospicua e di maggiore durata.

Un altro fattore è poi da vedere in una insufficiente tonicità del miometrio, che renderebbe meno facile la emostasi. Ora sia nell'uno che nell'altro meccanismo ha parte prevalente la influenza di fattori generali costituzionali, per lo più a tipo di infantilismo.

La costruzione teorica diviene convincente: l'ipofunzione ovarica ritardando la maturazione di follicoli rende il ritmo più lungo, ma la ipotonia uterina rende la emorragia protratta quasi senza fine; viceversa una ipofunzione ovarica potrebbe essere concepita come una

---

(1) Molte volte una menorragia della pubertà ha per prima fatto mettere in luce una stenosi mitralica congenita.

(2) Nello studio dei disturbi funzionali della pubertà e in genere della mestruazione ha importanza – come più volte si è accennato – il rilievo delle eventuali disfunzioni endocrine. Per lo più si tratta di disfunzioni pluriglandolari, altre volte è precisabile la ghiandola più colpita.

Così dicasi per le disfunzioni delle surrenali. Le consideriamo insufficienti quando siano esagerati i fenomeni generali mestruali (vampe di calore, cefalee, sudore, nausea, vomito); inoltre: l'astenia, la pigmentazione bruna, la bassa pressione arteriosa.

Come sindrome di ipersurrenalismo corticale si ha la comparsa precoce della pubertà, l'esagerato sistema pilifero a tipo maschile con notevole sviluppo del sistema muscolare.

Altre sindromi ben caratterizzate sono quelle tiroidee. Nell'ipertiroidismo si ha per lo più statura alta, occhio languido lucido sporgente, sopracciglia folte, cardiopalmo, eretismo nervoso. Per lo più c'è ritardo nella pubertà e discronia nei singoli attributi e precisamente mentre i peli sono bene sviluppati, persistono le mammelle infantili.

Nell'ipotiroidismo predomina la statura bassa, la brevità relativa degli arti, il viso tondeggiante, la scarsità della sopracciglie, labbra grosse e naso corto – esuberante il grasso sottocutaneo – tessuti superficiali pastosi, pseudo edematosi, scarsi peli, mammelle grosse, grasse con capezzoli infantili, perineo infantile, piccole labbra appena accennate.

Nella disfunzione ipofisaria predominano i disturbi dello sviluppo scheletrico, gli arti sono esagerati in confronto al tronco, le estremità stesse presentano talora caratteri acromegalici, come la faccia, sproporzione che si attenuerà nell'ulteriore sviluppo, i caratteri sessuali sono in ritardo sul complesso somatico.

Nella deficienza, ipofisaria, predominerà l'infantilismo con adiposità esagerata.

Le grandi sindromi nette, non sono tuttavia quelle che noi troviamo nella Clinica; più spesso ci imbattiamo nei piccoli segni del turbato equilibrio ormonico: altezza, ipertricosi, mammelle ora eccedenti, ora deficienti rispetto all'età, bacino più o meno femminile, voce, ecc.

Nè sempre è possibile identificare quale ghiandola per prima sia stata alterata e in quale parte, data la complessità dei rapporti e delle influenze reciproche, sicchè spesso ci sfugge la causa prima della alterazione morfologica e funzionale.

È stato distinto un infantilismo primario e infantilismo secondario dell'utero. Il primo si trova più spesso nel tipo megalosplancnico ipovoluto di Viola; quello secondario nel tipo microsplancnico ipervoluto in rapporto alla speciale disposizione che esso presenta alle malattie (tubercolosi, tifo, ecc.).

Nell'abito megalosplanico nota dominante è il persistere nell'età adulta dei caratteri dell'età prima dello sviluppo: utero piccolo, vagina stretta, fornici corti, trombe tortuose, ovaie ipertrofiche (Da BOMPIANI, *L'età pubere nella donna*, ediz. Pozzi, Roma).

più deficiente formazione luteinica da cui minore inibizione sulla maturazione di altri follicoli, donde il seguirsi di mestruazioni avvicinate fino a continuare l'una nell'altra; perchè prolungantisi per la mancata emostasi uterina.

Se tutto ciò è conforme ai moderni modi di vedere, rende il problema diagnostico e terapeutico spesso difficile, e bisognerà procedere a tastoni saggiando l'uno o l'altro tipo di cura funzionale.

Ecco così il medico passare dall'uso dei preparati ovarici a scopo di eccitazione a quelli a scopo inibitivo ed ecco sopratutto il vasto

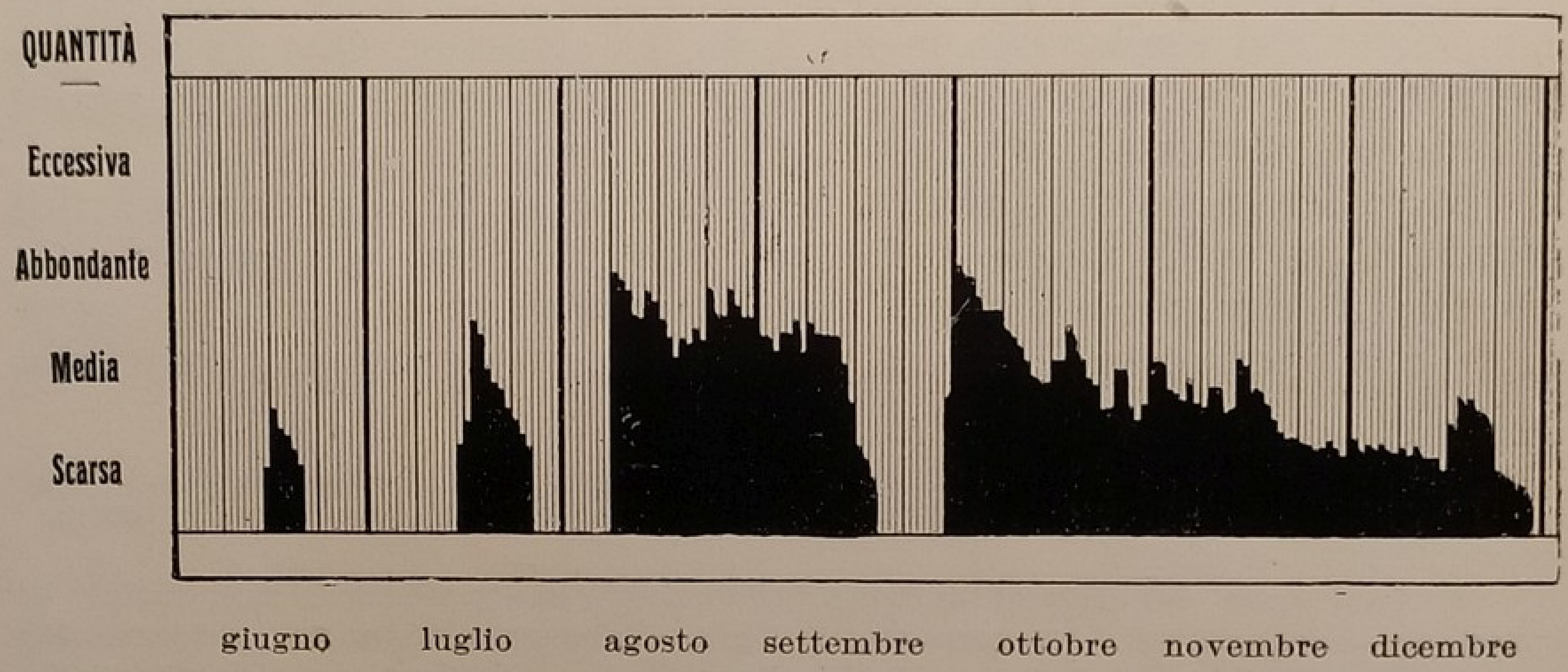


FIG. 55. – Grafica mestruale; caso di metrorragia in una giovanetta di 15 anni; anemia grave; arresto della emorragia con irradiazione della milza, seguita da emicastrazione attinica. (*Clinica Ost. Gin. di Bari* – Sch. 2–1926).

campo sperimentale della opoterapia con i preparati ipofisari, tiroidei, mammari (ipofisi e mammella agirebbero sia inibendo l'iperfunzione ovarica, sia aumentando il tono del miometrio; mentre alla tiroide si ricorrerà se segni obiettivi e clinici facciano vedere una disfunzione di essa ripercuotentesi sull'ovaio).

Abbiamo dato il primo posto a codeste forme funzionali costituzionali, perchè sono quelle più frequenti, quelle sulle quali specialmente è utile richiamare l'attenzione dei pratici per distrarli dal polarizzarsi troppo sulla semplice somministrazione di comuni rimedi emostatici, che costituiscono un empirismo di cura sintomatica, che può essere utile coadiuvante, ma non bastevole.

Non dobbiamo tuttavia vedere sempre delle semplici disfunzioni uteroovariche; ricordiamo che talora sono in giuoco malattie del sangue a tipo emofiliaco o forme di piastrinopenia, o di colemia famigliare, ecc.

Ma soprattutto non dimentichiamo che anche in questa età possono comparire delle emorragie da cause anatomiche dello stesso tipo di quelle che vediamo predominare nella età adulta. Polipi mucosi, retroflessioni, tumori specialmente sarcomatosi, processi flogistici per es. tubercolari (con emorragie in primo tempo sia per la iperemia legata alla peritonite pelvica, sia per localizzazioni ulcerose dell'endometrio), ecc., se sono rari, non mancano nemmeno nella giovane età.

Metrorragie nella età feconda.

Escludiamo le emorragie vere e proprie della gravidanza, le quali sono legate a minacce di aborto o aborti in atto nel primo semestre o a distacchi di placenta sia normalmente inserta che previa, e così pure non prendiamo in considerazione le metrorragie del secondamento o del puerperio, sia immediate che tardive. Qui si è in campo puramente ostetrico (1).

Ma tuttavia un accenno dobbiamo fare al fattore gravidico, come causa di metrorragie nella età feconda, perchè è il primo pensiero, che dobbiamo porci sempre in una donna che ci si presenti dai 20 ai 40 anni anche se non ci si dice gravida. Non sempre infatti la gravidanza è a conoscenza della donna, se si è interrotta al suo primo sorgere; non sempre poi anche il sospetto in merito è denunziato al medico; sopratutto quando la donna di fronte ad un ritardo mestruale e alla paura di una non desiderata gravidanza si sia data a fare lavande, pediluvi, a prendere purganti, ecc., ossia abbia messo in opera quella serie di piccoli mezzi, i chimici non esclusi, che il gran pubblico ritiene molto efficaci per richiamare la tardante mestruazione. Visto ritornare il sangue, la donna, in più o meno buona fede, pensa che la gravidanza non c'era o non c'è più e al medico si limita a dire che non capisce perchè il sangue dell'ultima mestruazione non vuole cessare, pur essendo passato magari un mese... Orbene sia che questo prolungarsi del flusso sanguigno si presenti dopo un ritardo anche minimo, sia che avvenga senza ritardo, notato o denunziato a noi, dobbiamo correre col pensiero ad una fase gravidica, quando, si intende, abbiamo escluso le lesioni neoplastiche che poi diremo ! E bisogna fare attenzione perchè talora sotto tale forma si presentano delle gravidanze tubariche, silenziose agli inizi, salvo poi a un certo momento sorprendere con la crisi più classica...

I casi del genere sono molto numerosi. Così proprio mentre sto scrivendo queste linee esce dalla clinica una donna sulla trentina, pluripara, la quale aveva avuto uno svuotamento strumentale dell'utero per un aborto in luglio e poi era stata regolarmente mestruata ad agosto e settembre. La mestruazione di ottobre, comparsa all'epoca attesa, si presentò subito molto più copiosa del solito e durò più giorni; oltre 5. Cessava col riposo a letto, ma subito riprendeva; un raschiamento dell'utero permise di estrarre un uovo completo di pochissimo tempo.

Altre volte non c'è la prova diretta della gravidanza; questa si arresta a stadi inizialissimi e la eliminazione degli elementi ovulari e deciduali avviene frammentariamente, assieme con qualche grumo di sangue, passando così inosservata. Ed inosservata passa talora una gravidanza extrauterina, che si sia subito interrotta; ne vedemmo qualche caso, in cui il postumo della gravidanza tubarica fu un reperto accidentale di una laparotomia eseguita per altra indicazione, e che servì a spiegarci un progresso periodo di irregolari metrorragie.

(1) V. Gaifami, *Prontuario di Terapia Ostetrica* (Ed. L. Pozzi, Roma 1926, pag. 190).

Eliminato il sospetto di tale evenienza, nelle metrorragie la causa risiede di solito in lesioni anatomiche, sia del collo, che del corpo o degli annessi.

Nella *portio* troveremo delle vegetazioni mucose semplici o dei neoplasmi maligni; in ambo i casi alla metrorragia spontanea si suole associare qualche emorragia traumatica (sopratutto nel coito).

Nel canale cervicale bisogna far attenzione alla possibilità che vi si celi un cancro; mentre a carico del corpo abbiamo una serie di lesioni, dalla retroflessione, al fibroma, al cancro. (La vera metrorragia non è tuttavia caratteristica del fibroma: il comparire di essa in uteri fibromatosi sta a parlare o per l'estrinsecarsi sottomucoso di qualche nodo, ovvero per l'associarsi di lesioni dell'endometrio sia benigne – semplici polipi mucosi – sia maligni – veri adenocarcinomi. Il dolore, a tipo di travaglio di parto permette un orientamento già anamnestico fra tali evenienze).

Altre volte potrà trattarsi anche nell'endometrio di benigne proliferazioni mucose a tipo di polipi, focolai circoscritti di endometrite iperplastica vegetante. Sono i casi in cui il raschiamento dell'utero, oltre che lo scopo diagnostico, raggiunge la guarigione, eliminando la causa. Certo non va esagerata la influenza della ipertrofia dell'endometrio come si è fatto per gran tempo, parlando così spesso di endometrite dove si avevano solo delle modificazioni funzionali della mucosa, senza alcun significato flogistico, ma piuttosto come esponente di disfunzione ovarica (e si capisce come allora il risultato del famoso raschiamento non potesse essere definitivo, perchè la causa vera, l'ovarica, non veniva affatto influenzata). Ora se ciò è vero ed è un acquisto utilissimo delle moderne conoscenze ginecologiche, non si deve tuttavia peccare nella esagerazione opposta; forme di vera iperplasia dell'endometrio, sopratutto con atteggiamento polipoide e quindi certo movente ultimo dell'intrattenersi molesto di una metrorragia, esistono davvero.

Fra le lesioni genitali che possono trovarsi nelle metrorragie segnaliamo ancora le annessiali; la gravidanza extrauterina anzitutto, la quale è segnalata da perdite di solito a stillicidio, di raro forti, ma sempre prolungate, anche settimane o mesi, sopratutto quando sia avvenuta la morte dell'uovo (ad uovo vivo in evoluzione, le emorragie uterine possono anche mancare del tutto); e ricordiamo poi le annessiti acute, con le peritoniti pelviche che le accompagnano così spesso, nelle quali troviamo come movente della emorragia sia la stasi della pelvi, sia la compartecipazione dell'endometrio.

Delle cause extragenitali delle metrorragie possiamo limitarci a ripetere che esse vanno sempre tenute presenti per quanto si trovino più spesso a base di menorragie che di vere metrorragie; fanno eccezione le malattie infettive acute, alcune specialmente, come la scarlattina e il colera, nel cui decorso sono state osservate più volte delle emorragie genitali fuori periodo, così pure nel vaiuolo, nel reumatismo articolare, ecc. E ricordiamo ancora l'azione delle intossicazioni da piombo, fosforo, arsenico.

Fra le cause più rare non dimentichiamo infine le localizzazioni luetiche, alle quali si deve pensare nelle forme ribelli alle varie terapie.

Segnaliamo ancora quel gruppo, non omogeneo, che va sotto la denominzione di metrite emorragica, metropatia emorragica, o secondo la proposta di Cova, di metrorragie essenziali: sono così identificate delle metrorragie nelle quali non si trovino all'utero lesioni anatomiche bene definite; tutto al più un modico uniforme aumento dell'utero.

Alcune volte si riconoscono, come causa, dei disturbi di circolo, e spesso c'è concomitanza col varicocele pelvico; altre volte si tratta di

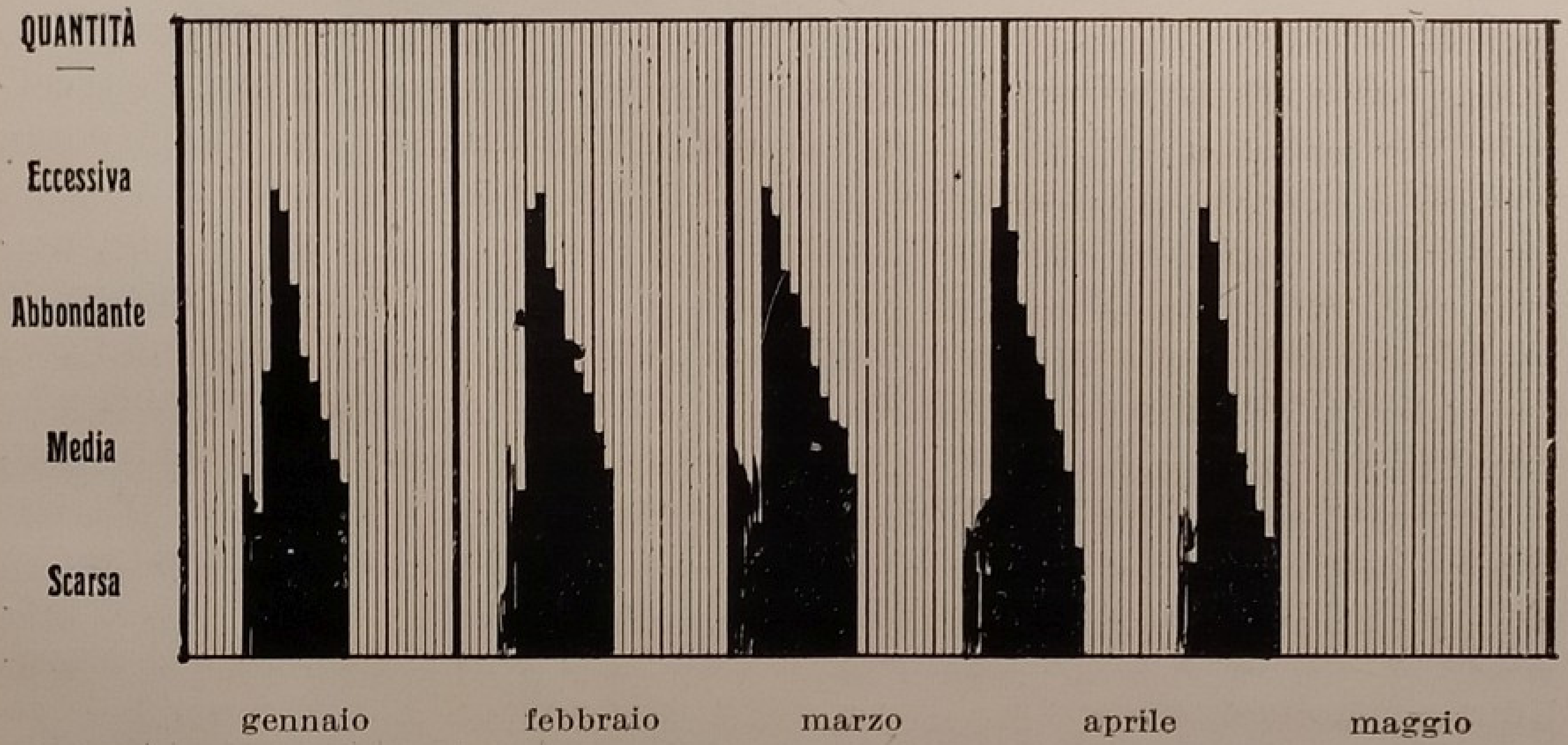


FIG. 56. – Grafica mestruale in un caso di fibroma.
Le mestruazioni, copiose, sono anticipate fino a comparire due volte in un mese.
(*Clinica Ost. Gin. di Bari* – Sch. 264–1926).

fatti infiammatori cronici, specialmente d'origine annessiale; altre di lesioni vasali primitive in soggetti sifilitici; ma certo la maggior parte deriva da disfunzione ovarica, e dalla ripercussione reciproca cogli altri organi endocrini; rientrano quindi nelle metrorragie funzionali, di cui già si disse a proposito delle emorragie della pubertà.

Metrorragie della menopausa.

L'istituirsi della menopausa varia molto per il tempo e per il modo.

In media la mestruazione cessa dai 45 ai 48 anni, ma suole prolungarsi per molti fattori sia generali che locali; talora cessa all'improvviso, talora attraverso un periodo di irregolarità con delle pause di uno, due mesi, talora con un graduale ridursi della quantità del sangue.

Avviene talora che in questo periodo si notino delle irregolarità e delle vere metrorragie, le quali possono far insorgere il sospetto di qualche lesione anatomica, sopratutto perchè è proprio codesta l'età in cui esse si manifestano ed invece si tratta solo di fatti funzionali, analoghi nella genesi alle emorragie funzionali della pubertà.

La frequenza di tali cause è stata però un tempo esagerata ed ancora oggi presso il popolino lo è, con danno manifesto per la diagnosi precoce delle malattie uterine, specialmente del cancro.

La illusione che tutto sia effetto fisiologico della età critica porta troppo tardi al medico le malate di cancro... Non si possono dunque disconoscere tali cause, ma bisogna guardarsi dall'esagerarne la frequenza; sopratutto bisogna guardarsi dal pensare ad esse senza avere prima condotto uno scrupoloso esame locale. Solo in casi di negatività di esso potremo pensare alle forme funzionali da menopausa.

Più chiara è la nostra condotta dopo la menopausa.

Il credere ad un ritorno possibile di mestruazione dopo molto tempo dalla menopausa è diffuso nel popolo purtroppo, ma non va accettato dal medico, il quale deve ammonire ogni donna, la quale perde sangue a una certa distanza dalla età critica, che essa deve sottoporsi ad un esame genitale per riconoscerne la causa. Nella mente del medico deve restare fisso che tale sintomo può essere dovuto ad un cancro sia del collo che del corpo e proprio nella menopausa tale sintomo così netto dovrebbe portare tutte le donne a noi, ancora con i tumori allo stato iniziale, mentre invece ignoranza delle malate e loro trascuranza, leggerezza delle comari sapute nel dare consigli, leggerezza di qualche levatrice e talora anche di qualche medico pratico, fanno sì che anche esse vengano quasi sempre tanto tardi che la cura utile o non è fattibile o non darà buon risultato definitivo per la diffusione già avvenuta di metastasi.

Non si deve essere però catastrofici senz'altro. Al sentir tale sintomo è bensì salutare per la nostra coscienza, per il nostro onore professionale, per l'interesse medesimo delle malate, è salutare che pensiamo al cancro e che, se non lo troviamo nella *portio*, non dimentichiamo che può indovarsi nel canale cervicale o nel corpo (dove lo possiamo scovare con la biopsia); ma non dimentichiamo la eventualità di altre lesioni meno brutte; così talora si tratta di semplici fibromi, silenti da tempo e divenuti emorragici per mutamento di sede (sottomucosa); per lo più in tali casi la mestruazione si sarà protratta a lungo più del normale, per lo più anche sarà stato riferito di un periodo di dolori a tipo di travaglio e l'esame genitale suole far percepire il collo dilatato se pur già non si trovi il fibroma affacciato all'orifizio esterno o addirittura in vagina parzialmente.

Altre volte troveremo un semplice polipo mucoso cervicale; altre volte infine si tratta di forme distrofiche; la età dei tessuti, la deficiente funzione ovarica porta ad uno stato di perturbato trofismo con atrofia della mucosa vaginale, caduta dell'epitelio, facili arrossamenti, emorragie non gravi ma persistenti, si ha cioè la *colpitis senilis* che ha un corrispondente uterino nella *endometritis senilis atroficans*.

In questo ultimo caso allora solo un esame dell'endometrio col raschiamento può far decidere con certezza sulla diagnosi.

Meno spesso si tratta di tumori ovarici, per la stasi secondaria ad essi; più spesso in tale contigenza si hanno delle metastasi endometriali, ed anzi la metrorragia è un segno per diagnosticare la natura maligna del tumore dell'ovaio.

È superfluo ripetere che nella menopausa e dopo essa possono bene agire tutte le cause extragenitali che già più volte furono elencate: dalla ipertensione da arteriosclerosi, alla nefrite, al diabete, alle cardiopatie, ecc.

Disturbi in rapporto con la menopausa.

Come per la pubertà, così per l'istituirsi della menopausa ossia della definitiva cessazione del flusso mestruale, c'è latitudine di età notevole: non mancano donne, pure sane, che mestruano oltre i 50 anni, mentre in altre poco dopo i 40 tutto finisce. La vita sessuale è dominata dall'attività ovarica; ovaie attivamente funzionanti porteranno un più precoce inizio e una più tardiva fine alla mestruazione; viceversa donne mestruate tardivamente ed oligomenorroiche vedono ben più presto del solito cessare i loro tributi. Non mancano eccezioni, quasi che si sia per così dire sprecata in più breve tempo tumultuosamente la riserva della attività ovarica dapprima esuberante.

La menopausa anticipa nelle classe povera, e nelle campagne. Una precocità eccessiva fu già considerata nel capitolo della amenorrea secondaria (rammentiamo qui gli allattamenti prolungati, le disfunzioni endocrine, specie ipofunzioni tiroidee, emozioni, ecc.). E non parliamo, si intende, della menopausa artificiale sia chirurgica, sia da irradiazione.

Importanza hanno i ritardi nella menopausa in quanto sono spesso legati a condizioni abnormi (fibromi, vecchie flogosi annessiali); altre volte in rapporto con stasi locali o generali, cardio-renali. Qui occorre bene differenziare il vero protrarsi di un ritmico flusso mensile da perdite sanguigne ricomparenti ad intervalli vari e peggio a distanza dalla vera menopausa; attenti allora alle neoplasie.

La cessazione del sangue mestruale a volte si produce inattesa, a volte è preceduta da irregolarità nel senso di ritardi di giorni o di mesi, a volte si ha un progressivo diminuire del flusso sanguigno; altre volte in questa epoca si manifestano delle metrorragie anche profuse.

Il periodo della menopausa è accompagnato da fenomeni generali di un certo interesse, estesi anche nel tempo, sicchè con più precisione si parla anzi di una *età critica*, della quale la istituita menopausa è solo una fase. Essa è infatti la tangibile dimostrazione del declinare della funzione sessuale; ma declinano in realtà tutte le funzioni, anche quelle che non hanno dirette connessioni con la vita genitale, declina tutto l'organismo. Sopratutto è interessato quel gruppo di ghiandole endocrine che collaborano intimamente con la ghiandola genitale per mantenere la attività sessuale: ipofisi e tiroide specialmente: esse presentano fatti di insufficienza, a cui spesso si contrappongono fatti di ipersecrezione surrenale, ma disarmonica e antifisiologica (Pende).

Fra le manifestazioni generali più frequenti sono le sensazioni di vampa al viso o agli arti, accompagnate o no da arrossamenti improvvisi transitori, da sudori accessuali, qualche volta con un senso di ambascia precordiale.

Talora si presentano disordini nella innervazione cardiaca: tachicardie parossistiche, fatti di ipertensione, distrofie tiroidee fino a veri Basedow–Flaiani; non mancano fatti cutanei, eczemi, pruriti diffusi o localizzati ai genitali; ed ancora: nevrastenia, psicosi, malinconia, l'erotismo, sia senza base anatomica, sia sostenuto da fatti locali (eczema, prurito).

È qui tuttavia da dire che non si deve dimenticare l'età in cui la menopausa si presenta per rendersi ragione del fatto che talora la comparsa delle manifestazioni morbose rappresentano solo delle coincidenze e non hanno vero legame etiologico col nuovo stato. Basti pensare che è bene alla stessa età che pure l'uomo è colpito da gotta, diabete, affezioni cardio–renali, ecc.

Fra le manifestazioni certamente legate alla età critica v'hanno quelle del ricambio culminanti nella obesità. L'ingrassamento si localizza sopratutto nelle regioni glutee, nell'epigastrio, nelle regioni retromammarie, al collo (1).

Meno frequente ma pur possibile un tipo opposto di dimagramento cospicuo; allora per lo più legato a tremori, tachicardia, ipertrofia tiroidea ossia evidentemente in rapporto con fatti di ipertiroidismo. Notissimi poi sono anche i segni di virilismo culminanti nella comparsa di peli alla faccia, al petto, ecc.

Da questi stati vanno distinti i dimagramenti tardivi, quelli che sogliono accompagnare l'età più avanzata, ossia la vera senilità. È la *fase cachettica*, in contrapposto alla *fase grassa* della vecchiaia, su cui Pende ha chiamato l'attenzione.

Nella menopausa si assiste a una atrofia progressiva dell'apparato genitale; le ovaie si fanno piccole, dure, senza più follicoli appariscenti; l'utero diviene più pallido, ridotto in tutti i sensi (in qualche donna anziana, che operammo di prolasso, premettendo la isteropessi, vedemmo l'utero quasi nastriforme); anche la vagina si atrofizza, il fondo sopratutto, sicchè a un certo momento può essere difficile raggiungere il collo (vagina a imbuto); possono sopraggiungere con facilità fatti distrofici, che preparano il terreno a forme infiammatorie.

È da ricordare infine che il processo di involuzione a cui vanno incontro gli organi genitali può essere benefico; così in caso di fibromi, che si riducono talora, e nei fatti flogistici in cui vengono meno le molestie perchè legate alle vicende congestizie mensili.

Non si dimentichi però la coincidenza con il manifestarsi di tumori maligni, che purtroppo non sono sempre riconosciuti ai primi segni perchè appunto questi vengono riferiti all'età critica.

(1) L'ingrassamento, tanto temuto dalle donne, comincia di solito presto; esso è dovuto alla diminuita funzione della ipofisi e della tiroide, ambedue attivatrici del ricambio cellulare fondamentale (la ipofisi è attivatrice anche del consumo dei grassi, la tiroide del consumo delle sostanze proteiche).

Emorragie genitali traumatiche.

Una modica emorragia fisiologica si ha nella deflorazione; più abbondante se esistano particolari conformazioni dell'imene (in casi di forme bifore si è visto lo strappamento del setto intermedio) oppure per spessore esagerato (imene carnoso).

Patologica è invece la emorragia, che in coiti eseguiti con speciale violenza o in determinate incongrue posizioni o con particolari stati delle pareti vaginali portino a rottura della vagina, per lo più del fornice. La storia in tali casi chiarisce la diagnosi diretta facilmente.

Il coito può essere motivo di emorragia indipendentemente dal fattore violenza, quando esistano condizioni patologiche vaginali o cervicali (presenza di erosioni, specialmente vegetanti, come nella tubercolosi papillare, ma anche nelle erosioni semplici; polipi mucosi; colpite senile; ulcerazioni neoplastiche della *portio*).

Abnormi perdite vaginali.

Normalmente i prodotti di secrezione dell'utero, del canale cervicale, della vagina sono così scarsi che non c'è una sensibile emissione di liquido dai genitali esterni (si esclude, s'intende, il momento dell'orgasmo sessuale); a volte invece la donna ha la sensazione molesta di « bagnato » e vede macchiarsi gli indumenti a contatto con la vulva. Qui si entra nel campo patologico della leucorrea, delle perdite bianche, dei fiori bianchi, del cosidetto *fluor* (secondo le varie terminologie in uso), ossia di uno dei disturbi della sfera genitale che più spesso porta le donne dal medico.

Quantità e qualità dell'efflusso variano e così l'odore, e varia è naturalmente la costituzione microscopica e chimica, come diverso è il significato clinico; tutte le età possono essere colpite: dalla infanzia alla vecchiaia; nel singolo caso la origine può essere esclusivamente o prevalentemente vulvo-vaginale, cervicale, uterina, più di raro anche tubarica.

Normalmente, si disse, il secreto che umetta la vagina, filante, bianchiccio è in minima copia. Al microscopio presenta cellule vaginali sfaldate e germi abbondanti, con predominio del bacillo vaginale di Döderlein; la reazione è acida per la presenza di acido lattico (circa al 0.4 %). Questo deriva dal glicogene di cui sono ricchi gli epiteli vaginali e la sua quantità sarebbe, secondo le moderne vedute, in dipendenza dal ciclo mestruale, risentendo delle modificazioni e delle attività ovariche. Il liquido, in cui germi e cellule sono sospesi, deriva da trasudazione, mancando in vagina delle vere ghiandole.

Invece alla vulva si possono avere secrezioni: dalle ghiandole di Bartolini (liquido vischioso, incolore), dalle ghiandole periuretrali, e dalle ghiandole sebacee (l'accumularsi nelle pieghe vulvari di detriti epiteliali forma degli ammassi di aspetto quasi caseoso, specialmente se manchi un'accurata pulizia intima). Dalle ghiandole cervicali geme

una secrezione, spessa, mucosa, tenace; meno noto è il secreto uterino che risulta ad ogni modo alcalino e più fluido.

Malattie locali e malattie generali possono variamente influire mutando i caratteri di tali secrezioni. L'aspetto è vario: si passa dalla secrezione sierosa, tenue, lattescente, a quella biancastra, densa, a guisa di blocchi di muco, da quella cremosa un po' giallognola, fino a quella nettamente purisimile giallo-verdastra (1).

Le donne nel riferire le loro sofferenze sono di solito precise su questo punto, prendendo come riferimento l'imbrattamento della biancheria intima; a volte ci diranno che le macchie diventano gialle o verdastre col tempo. Codesta colorazione è in rapporto col prevalere di leucociti nel secreto vulvo-vaginale, fino ad aversi un reperto microscopico di un vero pus, come nettamente purisimile è allora l'aspetto macroscopico.

Quest'ultimo carattere sta di solito ad indicare un processo flogistico; per lo più si tratta di una localizzazione del gonococco vulvare o cervicale o endometrale. (La vagina è colpita solo nei primi anni, mentre nell'età adulta di solito la flogosi la rispetta). Non mancano però altre forme di germi piogeni diversi dal gonococco, specialmente nel corso del puerperio (2).

La leucorrea purisimile suddetta si ha nelle fasi acute; più fluida, meno colorata e quindi microscopicamente meno corpuscolata è la perdita vaginale nella fase cronica, ma ha per caratteristica la durata lunga, specialmente se il processo si sia indovato nel canale cervicale, con le sue ricche ghiandole racemose, ottimo habitat per i germi.

Una eliminazione saltuaria di materiale purisimile si osserva pure in certe forme di endometrite senile o di tubercolosi in cui si stabilisca un piometra.

Non sempre la perdita vaginale abnorme ha carattere purisimile. Un tipo speciale assume nella tubercolosi papillare del collo, in cui si produce muco denso, gelatinoso, appiccicaticcio, che si stria spesso di sangue, dopo anche minimi traumi locali.

Nè sempre si tratta di fatti flogistici; può aversi ad esempio una secrezione vaginale sierosa o siero-ematica, nell'età avanzata, esponente di una distrofia senile dell'endometrio e della vagina.

Altre volte si tratta di tumori in necrosi, sia benigni (fibromi sottomucosi, più o meno estrinsecati) sia maligni (cancri, sarcomi) e allora la perdita acquista il tipo di una sierosità più o meno abbondante, e più

---

(1) In queste forme di leucorrea si aggiungono spesso molestie a carico dei genitali esterni per l'azione continuata della secrezione che determina prurito, arrossamento.

(2) Non rientrano nel capitolo, a stretto rigore, le emissioni acute, a crisi, di raccolte purulente traverso la vagina, quali si hanno nella apertura spontanea di una parametrite o una peritonite pelvica suppurata: qui non siamo più in tema di leucorrea vera e propria; ma tuttavia l'eliminazione di materiale purisimile, mescolato ad anormali secreti vulvo-vaginali suole allora seguitare a lungo.

Un'altra forma di emissione di liquido dalla vagina, in copia, bruscamente, si ha nelle rare formazioni di idrosalpinge profluenti, ossia di raccolte tubariche in cui la pressione endosalpingea ad un certo momento vince la strettura della porzione interstiziale e la sacca si svuota traverso l'utero e i genitali.

o meno tinta in rosa (è comune il paragone con l'acqua lavatura di carne), ovvero si ha un liquame corpuscolato, contenente sangue, frammenti neoplastici, necrotici, per lo più in preda a processi putrefattivi con conseguente odore fetido, poichè per la condizione patologica, la reazione acida vaginale viene a far difetto, e quindi non si oppone al pullulare dei germi saprofiti e patogeni (1).

Una categoria speciale di leucorrea è indipendente da fatti neoplastici o da flogosi locale: qui siamo in tema delle vere «perdite bianche», mucose, opalescenti. Questa leucorrea venne meglio studiata sopratutto negli ultimi anni, in cui si mise in speciale evidenza l'importanza del fattore costituzionale e del fattore psichico.

Non è più discusso il rapporto diretto fra il *fluor* e la diatesi essudativa, linfatica, ipoplasica e neuro-artritica. Nel meccanismo patogenetico è sopratutto invocata l'azione del sistema nervoso autonomo: in una larga percentuale di casi si è trovata una ipertonia del vago. Secondo il prevalere del simpatico o del vago varierebbe la secrezione delle ghiandole cervicali; e poichè il loro secreto è alcalino, un *plus* eccessivo di esso perturberebbe la normale acidità vaginale, il che permetterebbe il pullulare di germi anormali, ecc.

Si è anche dato molto peso al fattore psichico, che alcune volte è veramente in causa, e in mancanza di altri elementi, può essere ritenuto responsabile del *fluor*.

Paure di infezioni, rappresentazioni erotiche, desiderio dei figli, ecc. possono bene essere momenti psicogenetici di *fluor*; ma non si deve cadere nelle esagerazioni di chi ne volle troppo estendere il campo d'influenza.

Tuttavia ne va tenuto conto, come sopratutto del rapporto costituzionale: sarebbe un errore dell'arte seguitare a insistere con cure locali in casi di alterato ricambio, di linfatismo, ecc., mentre occorre rivolgersi all'organismo intero.

È codesta una delle più frequenti contingenze nei nostri ambulatori.

Una moltitudine di donne che notano uno scadimento di forze, con dimagramento ed anemia, ed hanno contemporaneamente della leucorrea vengono spesso da noi per guarire della perdita vaginale che è da esse incolpata di sostenere le cattive condizioni generali; c'è diffusa la credenza che tali perdite siano un danno per l'organismo; in realtà la coincidenza esiste, è solo la valutazione interpretativa, che va corretta; queste donne sono leucorroiche appunto perchè sono deboli, malandate; e curate nello stato generale migliorano anche localmente.

A questo dobbiamo pensare sopratutto in giovinette, in cui manca più spesso la possibilità di un elemento infettante locale, e nella donna ad

(1) È ben noto il potere di autodepurazione della vagina sana; appunto grazie all'acidità del secreto, germi patogeni, come streptococchi, stafilococchi virulenti, deposti artificialmente in vagina, vengono presto resi inoffensivi purchè esista la normale reazione della vagina.

abito astenico (1). Molte donne riferiscono alla leucorrea profonde alterazioni, nella cenestesi, nel sistema nervoso: anche qui spesso è il fatto neuropatico che va curato a prevalenza del fatto locale, da cui anzi una buona psicoterapia dovrà allontanare la attenzione delle malate.

S'intende che la costituzione potrà aggravare le conseguenze di lesioni locali, che già di per sè portino a leucorrea, e allora associeremo le cure topiche con quelle generali.

In ogni caso occorre procedere ad un accurato esame genitale; nelle bambine, nelle giovinette accontentandosi della ispezione della regione vulvare per escludere anche in esse un possibile processo infettivo (blenorragia da contagi famigliari, traverso la biancheria, ecc., o conseguenti a pratiche di masturbazione); nelle spose estendendo l'esame a tutto l'apparato genitale per localizzare la sede preminente della leucorrea.

Nelle vulviti troviamo tutta la vulva sparsa di un materiale cremoso o purisimile, anche attorno al meato urinario, ed è facile il rilievo della frequente compartecipazione uretrale, o la concomitanza di arrossamento o di secrezione nello sbocco delle ghiandole di Bartolini e di quelle di Skene (o periuretrali).

Ma ricordiamo sopratutto come una sede di elezione dei processi, acuti e cronici, il collo. Ne derivano erosioni, talora semplici, piane, talora con tendenza a vegetazioni delle papille; altre volte troveremo, indipendentemente o associati con fatti flogistici, i postumi di lacerazioni cervicali che se inducono a ectropion per il rovesciamento all'infuori dei margini, sono motivo di persistenti molestie, data la condizione ipersecretiva assunta dal rivestimento cervicale messo in contatto colla vagina. Ma la sede può essere anche nell'endometrio: sia nella forma di vera endometrite purulenta, come nelle vecchie o nella tubercolosi (casi di piometra), sia nelle forme di esagerata funzione secretiva delle ghiandole, o nei fatti congestivi locali, o nei fatti di sepsi blande subcroniche, o talora nelle proliferazioni adenomatose.

L'origine annessiale è indiretta, per lo più traverso la coesistente lesione dell'endometrio e del collo: l'emissione di materiale tubarico è evento eccezionale e per lo più a forma di crisi nell'idrope salpingeo.

Ma s'intende che l'esistenza del fatto annessiale va svelata perchè pure su esso dovremo portare la cura se la vogliamo efficace.

Per gli altri tipi di perdite vaginali ematiche, sierose, sanniose, legate p. es. a tumori, la stessa qualità della perdita indirizza al sospetto diagnostico che sarà o no confermato con l'esame genitale (2). Que-

---

(1) Capita spesso sentire che la leucorrea viene quasi a sostituire la mestruazione; è il cosidetto «sangue bianco» di qualche popolana. Va del resto ricordato che variazioni nella presenza e nella quantità del *fluor* sono spesso legate al ritmo mestruale (aumento nei periodi precedenti o seguenti).

(2) Una leucorrea speciale va ricordata come conseguenza di castrazione attinica, e talora anche dopo isterectomie; si intende che in questo ultimo caso va prima eliminato il dubbio che si tratti di una leucorrea cervicale (nelle isterectomie subtotali); si vede infatti spesso operare per lesioni infiammatorie, sopratutto, nel desiderio della malata, per togliere la «soggezione» delle perdite e invece queste persistono perchè rimane il collo malato.

st'ultimo è dunque sempre elemento fondamentale nella diagnosi eziologica e solo quando esso sia negativo, per esclusione potremo pensare alle forme costituzionali o psicogenetiche ricercando le speciali stigmate con la storia accurata, con lo studio dell'organismo intero. Solo sceverando le cause generali da quelle locali e in queste determinando la sede prevalente, potremo procedere a una terapia razionale non empirica come troppo spesso è fatto dal medico pratico, quando si accontenta del racconto della donna e senz'altro ordina le solite irrigazioni vaginali o i soliti ovuli.

Dismenorrea.

Col nome generico di dismenorrea indichiamo il dolore che precede o accompagna il flusso mestruale, assieme con un corteo più o meno imponente di sintomi a distanza, i quali vanno dalla cefalea all'acne, dalla salivazione alla nausea, al vomito, dalla stipsi alla diarrea, con una variabilità notevole da caso a caso e così intensi talora da rendere, in quel periodo, la donna incapace di accudire alle abituali occupazioni, fino a costringerla a letto, per ore o giorni.

Da questi gradi estremi di sofferenze locali e generali si va ai gradi più lievi; che proprio nessun risentimento si abbia nel periodo mestruale è ben raro: anche le statistiche più larghe (Aschner) dànno più di un quarto di sofferenze mestruali.

La dismenorrea può essere presente fino dalla prima pubertà o manifestarsi in seguito, nè sempre in un dato caso si ripete proprio tutti i mesi o con la stessa intensità. Vi sono osservazioni di dismenorrea a mesi alternati con localizzazioni a un lato, sempre costante, tali da far pensare a un alternarsi della ovulazione a destra o a sinistra, con ripercussione varia secondo l'ovaio, quasi che quello di destra, più che quello di sinistra, o viceversa stimoli, il vago maggiormente.

Il contegno del dolore è vario: talora precede la mestruazione e si attenua col sangue, altre volte insorge quasi senza prodromi e accompagna il I ed il II giorno della mestruazione, a volte è preceduto, qualche giorno prima, da una sensibilità pelvica diffusa, altre volte può anche durare tutto il periodo mestruale e può accentuarsi dopo di questo.

Un certo numero di giovani sono sofferenti da nubili e, passate a matrimonio, hanno progressivamente una minore sofferenza genitale, anche se non intervengono delle gravidanze, più facilmente poi dopo un parto. È quasi da supporre in tali casi che la vita coniugale determini gradatamente un miglior sviluppo e una migliore vascolarizzazione utero–ovarica, forse in rapporto con le periodiche congestioni dell'amplesso, o con l'ipertrofia gravidica.

Altre donne presentano il fatto inverso: non sofferenti prima, lo diventano dopo il matrimonio. In tre quarti almeno di questi casi si tratta di processi flogistici annessiali, seguiti a vecchie infezioni blenorragiche dello sposo, magari credute spente; in un altro gruppo di

casi non è una infezione sopraggiunta, ma è invece il risvegliarsi di una pregressa infezione annessiale dovuta al trauma sessuale; così avviene, p. es., in giovani che avevano sofferto di peritoniti tubercolari, con localizzazione annessiale.

Ora qui dobbiamo distinguere due grandi categorie: i casi nettamente obbiettivabili e quelli con reperto ginecologico poco dimostrativo.

In quelli alterazioni anatomiche chiare rendono ragione della fenomenologia dolorosa locale, in questi si devono invocare fattori psichici e costituzionali.

Appartengono ai casi di dismenorrea che potremo dire sintomatica quelli in cui si rilevano tumori utero-annessiali, processi flogistici o postumi di essi (aderenze) o i casi con reale difficoltà alla eliminazione del sangue mestruo come quando si abbiano malformazioni genitali (nella pubertà, crisi mensili per ematocolpo ed ematometra) e per atresia incompleta (anche cicatriziale, dopo raschiamento, causticazione, endometrite settica puerperale) e quando si formino dei coaguli che devono essere eliminati traverso delle coliche, quasi dei travagli in miniatura.

Una nuova categoria di vera dismenorrea anatomica è stata messa in luce dalla moderna letteratura sugli endometriomi: i lumi ghiandolari funzionanti dànno lo stravaso di sangue periodico e questo accumulandosi nella cavità chiusa determina le crisi dolorose mensili. In questi cadi come in quelli di veri ostacoli meccanici, il dolore è concomitante all'efflusso sanguigno.

Nei casi invece di processi flogistici annessiali il dolore di solito è premestruale e suole anzi attenuarsi durante il flusso sanguigno, il quale agirebbe come decongestionante.

In queste forme con un reperto anatomico evidente non c'è discussione etiologica; sarà questione solo di ammettere una suscettibilità maggiore o minore del sistema nervoso per spiegare come in analoghe condizioni i dolori siano variamente sentiti secondo i soggetti.

Ma vi è tutta una categoria di casi, che sono quelli da taluno chiamati di dismenorrea funzionale, nei quali è dubbia la connessione fra dolore e fatto anatomico. Le odierne cognizioni sulla costituzione hanno alquanto chiarito questi casi, togliendo un po' della importanza che prima si dava al fattore meccanico. Si trovano infatti in queste donne quasi sempre retroflessioni, antiflessioni ad angolo acuto e rigido, stenosi cervicale, ipoplasia uterina e così via.

Nel concetto antico si riportava semplicisticamente tutto a un fattore meccanico: la difficoltata uscita del sangue mestruale, concetto dimostrato erroneo sia dal mancare di dismenorrea in molti uteri ipoplasici, retroflessi, antiflessi rigidamente, sia perchè molte dismenorroiche presentano un canale cervicale tutt'altro che stenotico.

Il criterio di una dismenorrea meccanica non è più seguìto che da una minoranza di pratici; tali lesioni coesistono bensì, ma non vanno prese in sè stesse isolate, bensì riportate nel quadro complesso dello organismo, come espressione di uno stato costituzionale.

Nelle forme più accentuate si tratta di soggetti astenici, l'astenia *universalis* quale fu tratteggiata p. es. da Stiller.

Queste donne asteniche sono riconoscibili facilmente per il pallore, la nervosità, l'espressione di sofferenza, la struttura scheletrica delicata, il torace lungo e stretto con angolo epigastrico acuto, la decima costola fluttuante; le mammelle sono pendenti, l'addome incavato fra l'ombellico e l'apofisi xifoide e protuberante fra l'ombellico e la sinfisi in seguito alla ptosi dello stomaco, del rene e del colon trasverso. Dal lato genitale debolezza del perineo, ipotonia dell'elevatore dell'ano, facile spostabilità della *portio* e dell'utero, il quale è spesso retroflesso con le ovaie prolassate nel Douglas. Le mani ed i piedi sono freddi, spesso sudati con la colorazione cianotica nella parte distale; sono facili le emorroidi e le varici nelle gambe. Ma è specialmente nel sistema nervoso che la costituzione astenica si manifesta. L'individuo astenico si stanca facilmente, è spesso depresso e perseguitato da immagini ipocondriache.

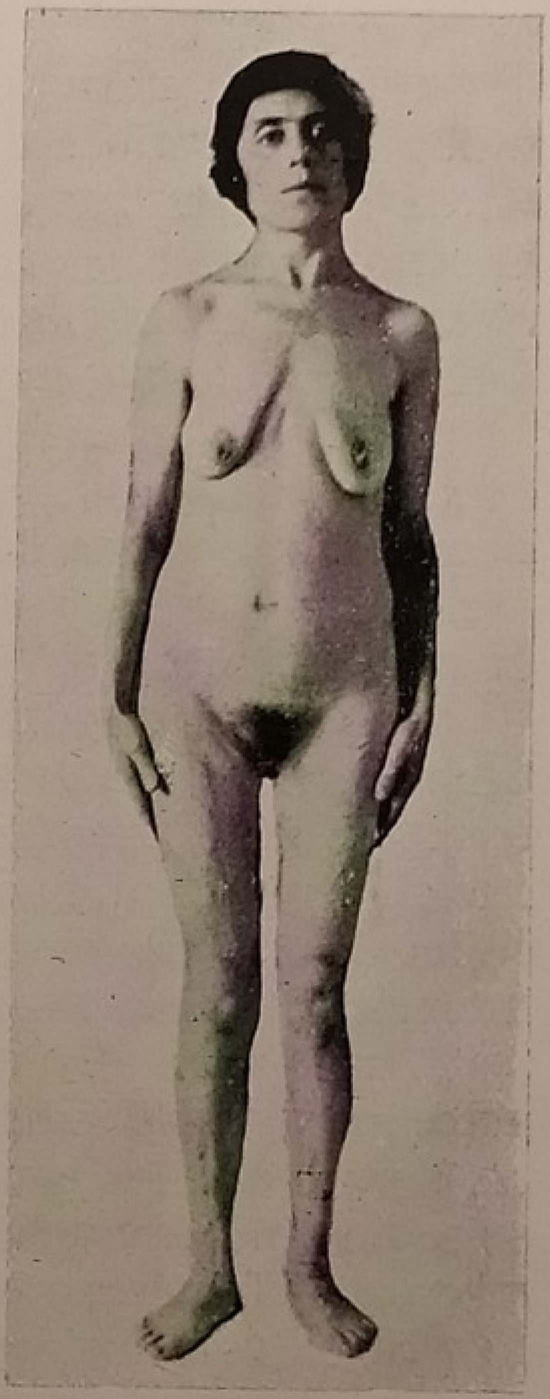


Fig. 57. – Caso di astenia. Varici agli arti inferiori. (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Ora la costituzione neuropatica compagna dello stato infantile ed astenico, rende più bassa la soglia della sensibilità dolorosa, così che la dismenorrea raggiunge facilmente i più alti gradi pur con lesioni anatomiche non gravi e comunque tali che in altre donne non sono causa di dolore.

Circa poi alla genesi di questo che di solito è riportato alla presunta difficoltà del passaggio del sangue traverso il collo è da invocare piuttosto la rigidità dei tessuti che male rispondono al turgore mestruale.

Certo, come si diceva, il fattore generale ha grande importanza; lo comprova del resto la osservazione clinica che la dismenorrea essenziale è più frequente nelle città che nelle campagne, più nelle famiglie agiate che nelle povere, ed è favorita dalla vita sedentaria, dalla stipsi, dalle eccitazioni sessuali (cinematografi, letture, balli, ecc.). Nella interpretazione sono stati invocati anche disturbi endocrini, sopratutto si è data importanza alla costituzione spasmofila dei soggetti (la spasmofilia agirebbe determinando contrazioni localizzate del miometrio e ne sarebbe una controprova il miglioramento con l'uso dei sali di calcio). Fu anche chiamato in causa il sistema nervoso autonomo, il cui aumento di tono legato alla mestruazione (Novak e Adler) renderebbe più intense e dolorose le contrazioni uterine; altri invocò l'ipereccitabilità del simpatico ed altri ancora dà la massima importanza ad una disfunzione ovarica.

È però da soggiungere che non si deve negare del tutto l'importanza dei coesistenti fattori anatomici; nei casi adatti le cure locali di discissione e dilatazione portano vantaggio sicuro in buon numero di dismenorroiche.

Ma quello che importa è che il medico pratico non veda solo e sempre un fattore meccanico dove agisce un elemento costituzionalistico speciale più complesso; per questo ci siamo un po' indugiati su questo punto della patogenesi della amenorrea.

Dismenorrea membranosa.

Già nella normale mestruazione si ha l'emissione col sangue di frammenti di mucosa uterina, per lo più solo minimi, microscopici, talora anche individuabili ad occhio nudo in un attento esame. Ora vi sono dei casi in cui si ha una vera estesa desquamazione dell'endometrio con emissione di esso, sotto forma di membrane, più o meno sottili, sempre accompagnate da dolori a tipo di coliche uterine.

Non va dimenticato che in alcuni casi la presunta dismenorrea membranosa può identificarsi come un vero e proprio aborto, inizialisssimo; e allora l'aspetto istologico della membrana è nettamente deciduale; qualche volta lo stesso uovo, spentosi nelle sue prime fasi di annidamento, può esser colpito nella sezione microscopica.

In questi casi l'indagine anamnestica non sempre mette in evidenza un vero ritardo mestruale, da cui la possibilità di inglobare forme clinicamente diverse. Ma qui si tratta di fatti accessuali isolati, a tarde ripetizioni, mentre nella forma pura di dismenorrea membranosa si ha la ripetizione ciclica mestruale, se pure con variazioni nella intensità da mese a mese.

Anche ben diverso significato ha la eliminazione della decidua nella gravidanza tubarica, che accompagna spesso la morte dell'uovo ed è pure emessa con dolore uterino; ma, oltre che trattarsi di fatto episodico, non mancherà il rilievo dei sintomi che portino alla corretta diagnosi. Comunque è bene non dimenticarsene.

Nella vera dismenorrea membranosa l'espulsione della membrana avviene talora frammentariamente, talora in un unico blocco riproducente lo stampo della cavità uterina; per lo più tale espulsione si fa dopo 1-2 giorni dall'inizio di dolori lombari e pelvici, ed è accompagnata da contrazioni uterine spasmodiche, tali da rendere necessario il riposo a letto, e spesso l'uso di sedativi fino agli oppiacei. Di solito la eliminazione delle membrane è seguìta da una perdita di sangue che dura qualche giorno; i dolori sogliono cessare.

Non sempre la membrana espulsa è davvero la mucosa uterina più o meno trasformata per una iniziale, mestruale, trasformazione deciduosimile di essa; talora sono sì espulse delle membrane, ma già l'esame macroscopico le dimostra fatte da una specie di coagulo laminato; e al microscopio difatti si trova solo sangue; può accadere ciò quando ci sia ristagno di sangue entro l'utero per cause varie e questo si stratifica alla superficie; comunque anche l'emissione di questi blocchi è dolorosa.

Nella vera dismenorrea membranosa, che colpisce le donne in varie età, vergini e maritate, con cicli vari, ed è del resto per fortuna abba-

stanza rara, ci troviamo per lo più di fronte a donne con fondo neuropatico, facili alle nevralgie; ma se questo elemento costituzionale ha indubbia importanza, esso non chiarisce del tutto lo strano contegno trofico della mucosa.

Se qualche volta si trovano associate stenosi cervicale, stenosi dell'utero, annessiti, altre volte il reperto ginecologico è proprio muto. Il pensiero di una disfunzione ovarica, luteinica, viene facile alla mente, ma manca la dimostrazione di essa, e anche la controprova terapeutica non è convincente. Non va nemmeno dimenticato che il reperto ginecologico, negativo in primo tempo, può rendersi palese in seguito.

Un esempio eloquente vidi in una signora che potei seguire per molti anni e che era stata affetta da dismenorrea membranosa in forma grave con emissione mensile non costante, ma pure frequentissima di grosse membrane uterine. Si trattava di una forma insorta dopo due anni da un parto (il III) e dopo che si erano avuti fatti di pleuro-mediastinite. Esistevano rialzi termici serotini, fino a quasi 38° nelle due settimane precedenti la mestruazione. L'esame ginecologico, praticato a più riprese dai più eminenti specialisti, dimostrava solo un modicissimo aumento di volume dell'utero, regolare nella sua forma.

Riusciti inutili i tentativi di cura locale, dal raschiamento alle medicazioni, data la prostrazione accentuata, che seguiva ad ogni colica, per la febbre, per i dolori e per la stessa emorragia che l'accompagnava, si ricorse alla radiocastrazione.

Dopo un anno circa, nuove crisi dolorose e nuove emorragie resero necessario il controllo genitale e si trovò allora che, dall'orificio esterno dell'utero, faceva capolino un fibrometto sottomucoso, che venne poi asportato previa isterotomia. Ora questo fibroma preesisteva certo, per quanto magari più piccolo, anche quando noi consideravamo negativo l'esame genitale.

Tale possibilità deve renderci prudenti nei nostri giudizi ginecologici in tema di dismenorrea membranosa, come del resto in tante altre forme presunte funzionali.

Il dolore in ginecologia.

Il dolore tiene gran parte nella sintomatologia ginecologica, anzi spesso è proprio il solo sintomo che fa andare le malate dal medico; ed è veramente deprecabile che esso non dia sempre l'allarme, e che, in un gruppo notevole di affezioni, il dolore segni solo uno stadio terminale, invece che iniziale (cancro dell'utero).

Il dolore di origine genitale ha sede, durata, tipo vario. Può insorgere sotto forma di crisi più o meno violenta o avere carattere cronico o subcronico.

Per ciò che riguarda la topografia del dolore molte volte occorre insistere per precisare la versione delle malate, spesso un po' vaga: quando si possa obiettivarlo, il problema è subito facilitato.

Per la diagnosi differenziale, con i dolori di origine extragenitale sarà di efficace aiuto il ricordo dei punti dolorosi delle singole affezioni, quali sono schematicamente notati nella unita figura.

Diamo ad ogni modo qualche chiarimento: i dolori uterini sono riferiti o alla regione sovrapubica oppure alla regione bassa lombare.

Talora a tipo gravativo, di ripienezza (come nelle retroflessioni, nelle metriti) talora a tipo di colica (fibromi sottomucosi), talora a fascia dalla regione lombare in avanti, come nelle contrazioni del travaglio.

I dolori annessiali sono di solito laterali, nei quadranti inferiori; spesso si irradiano lungo gli arti, si esacerbano col moto, si accentuano nel periodo premestruale, e con l'esame ginecologico al toccamento dei punti malati.

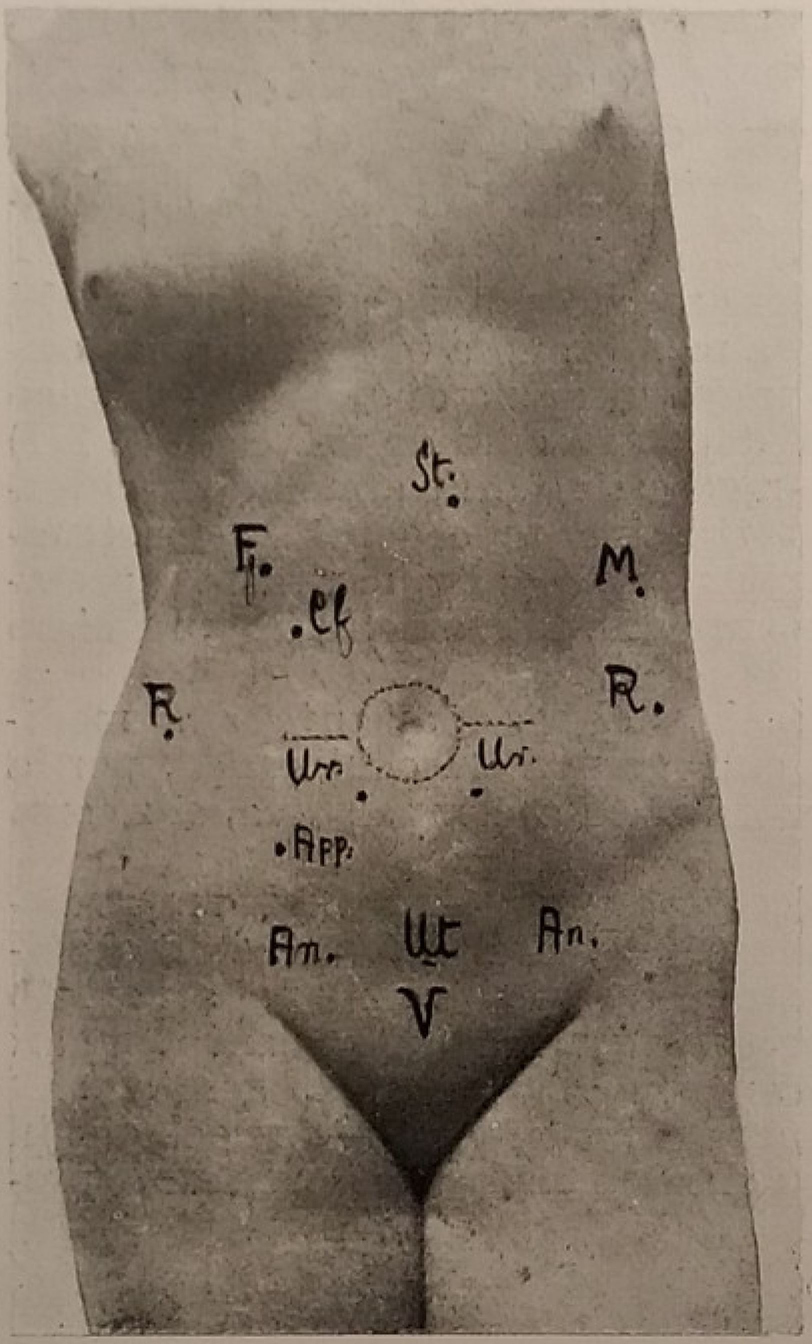


FIG. 58 – I punti dolorosi dell'addome; (*St.* stomaco; *F.* fegato; *Cf.* cistefalea; *M.* milza; *R.* rene; *Ur.* uretere; *App.* appendice; *An.* annessi; *Ut.* utero; *V.* vescica). (Venere di Cirene).

Nel dolore mediano pelvico o soprapubico non va dimenticata la possibile sede vescicale, che sarà accertata dalla coesistenza di segni di flogosi (piuria, disuria, ecc.); così non sarà difficile identificare una eventuale localizzazione nella sinfisi pubica, o nello spessore della parete addominale.

Quando il dolore abbia sede laterale, nel quadrante inferiore, dovremo sovratutto occuparci di escludere a destra un'appendicite, a sinistra una lesione del sigma.

Circa alla diagnosi differenziale con l'appendicite, oltre alla ricerca del punto di Mac Burney (a 5 cm., della spina iliaca ant. sup. lungo la linea che la congiunge alla cicatrice ombellicale (1), ricorderemo che nelle lesioni annessiali il dolore alla palpazione va aumentando portandoci in basso, mentre succede il contrario nell'appendicite. Oltre a questo, tutti i fenomeni concomitanti; il dolore irradiato al fegato, il dolore allo stomaco, il vomito, i precedenti di accessi analoghi, la chiusura dell'intestino, da un lato; dall'altro: la esclusione di un aborto e di un processo blenorragico acuto, e così via, concorreranno a indirizzare la diagnosi nell'uno o nell'altro senso.

L'esame completo genitale quasi sempre dirimerà gli ultimi dubbi, a meno che, come nelle appendiciti pelviche, si possano costituire degli essudati, nel Douglas, deprimenti il fornice.

Ci sono comunque casi di associazione di lesioni genitali con appendicite e sono d'altra parte noti a tutti dei casi di equivoci

(1) Sono ben noti molti altri punti dolorosi nell'appendicite: così il punto di Morris a 4 cm. dall'ombellico sulla linea spino-ombellicale; quello di Kummel 1–2 cm. sotto l'ombellico verticalmente, un po' a destra, ecc.

diagnostici: capita in questi, per lo più, che il chirurgo operando per appendicite, trovi poi una gravidanza extrauterina o un piosalpinge, mentre il ginecologo, credendo d'intervenire per queste malattie, trova un'appendicite.

I dolori a carico del rene e dell'uretere, in ambo i lati; della milza, a sinistra, hanno localizzazioni ben nette.

Circa il dolore del rene e dell'uretere va ricordato che talora si hanno irradiazioni dolorose anche nel bacino; all'esame vaginale può avere importanza il trovare sensibile la regione dello sbocco dell'uretere nella vescica; con l'esame esterno in due punti sopratutto si può provocare dolore ureterico: uno, indicato da Israel, corrisponde all'incrocio dell'uretere con la linea innominata, ed è a due dita trasverse sopra l'incrocio di due linee di cui la orizzontale unisce le spine iliache ant. sup. e la verticale passa per il tubercolo pubico; l'altro punto, di Nowack e Porges, è a due dita sotto l'ombellico, due dita all'esterno di esso.

Riguardo ai dolori del colon a sinistra (dovuti a sigmoiditi, spasmi, tumori, atonie) si potrà più facilmente pensarci se troviamo indenne l'apparato genitale, e avremo la conferma con l'esame delle feci, la radiografia, ecc.; più intricato è il problema quando, come spesso accade, si associ anche una lesione annessiale: si stabilisce talora una specie di circolo vizioso fra enterocolite e annessite.

Nella ricerca obbiettiva del dolore ricordare anche i casi di iperestesia delle pareti addominali, talora per reali lesioni di esse (ascessi, ematomi, neurolipomi), talora come manifestazione soltanto di fatti isterici, senza un corrispondente reperto locale, nemmeno profondo.

Una delle sofferenze che è più di frequente denunciata dalle donne che ci si presentano all'ambulatorio, è quella dei dolori sacrali o lombari. Nella maggior parte dei casi veramente essi sono riferiti come « dolori dei reni » (dolori di schiena), ma in realtà se si invita l'ammalata a precisarne la sede si riconosce che la localizzazione è molto più bassa di quella renale, per lo più all'estremo inferiore della colonna lombare o addirittura alla regione del sacro. A volte il dolore ci è descritto come procedente a guisa di fascia dalla schiena verso la regione anteriore: è il dolore analogo a quello che caratterizza la contrazione uterina del travaglio.

È nella tradizione popolare di riferire questa dolorabilità a sofferenze della sfera genitale.

Ed in realtà la vediamo associarsi spesso sopratutto negli spostamenti dell'utero: prolasso, retroversoflessione.

Ma bisogna guardarsi dall'essere troppo semplicisti al proposito misconoscendo le molte altre cause extragenitali. Bisognerà escludere anzitutto l'esistenza di affezioni dei tessuti del dorso (carie, esostosi, artriti, mieliti); ricordare anche la osteomalacia, e non dimenticare infine che talora siamo di fronte ad una tabe incipiente.

Nel dolore da causa uterina l'esame obbiettivo locale è negativo, mentre la palpazione o la percussione lo provocherà quando vi sia una causa morbosa in sito; sarà bene perciò cercare se si provochi

dolore con la pressione locale, sia sulle masse muscolari che sulla colonna vertebrale. E s'indagherà la flessibilità antero-posteriore e laterale della colonna. Spesso è in giuoco l'affaticamento dei muscoli del dorso sopratutto nei casi di pluripare con rilasciamento della parete addominale anteriore e ptosi viscerale.

Qualche A. ha creduto di elevare la dignità patogenetica dei tacchi troppo alti, sostenendo che si venga a stabilire per lo spostato centro di gravità una eccessiva fatica dei muscoli lombari. Non è certo possibile negare, almeno in certi casi, l'importanza di codesto fattore, senza tuttavia esagerarlo o generalizzarlo.

A proposito delle ptosi viscerali ricordiamo come sia facile il consociarsi della mobilità renale che tuttavia di per sè, quando non avvengono compressioni dei vasi e degli ureteri, non acquista quella estesa importanza eziologica che le si attribuiva un tempo quando erano di moda le nefropessie.

Facile sarà il riconoscere se ci siano vere e proprie lesioni renali come litiasi, tubercolosi, tumori, pieliti (dolore localizzato nella loggia renale, eventualmente tumefazione, dolore ai punti ureterici, ecc.).

Una localizzazione speciale è quella che va col nome di *coccigodinia;* per lo più è di origine traumatica nel senso di una periostite o anche una artrite sacro-coccigea. Una sensibilità esagerata del coccige può rimanere dopo parti difficili, talora si hanno dolori gravi senza causa anatomica e si tratta allora di vera nevralgia. (In tal caso migliora p. es. con una energica cura di aconito). Da non dimenticare che talora si tratta di processi metaluetici (tabe, paralisi progressiva).

In casi rari le donne si lamentano di dolori alla vagina o ai genitali esterni; l'ispezione decide spesso la causa, quando dimostri ulceri, eczemi, ragadi, lacerazioni, infezioni, ecc.; ma a volte resta negativa (forme essenziali, nevrosiche, diabetiche, uricemiche, ecc.).

Precisati così alcuni punti di diagnosi differenziale soggiungiamo che già nel raccogliere l'anamnesi noi siamo portati a qualche direttiva diagnostica secondo il riferimento di questo o quel tipo di dolore.

Come si disse, un dolore lombo-sacrale con senso di peso, di ripienezza pelvica, porta al pensiero di uno spostamento dell'utero, di una congestione, o di una metrite; un dolore lateralizzato gravativo talora pulsante può far sospettare un varicocele pelvico; un dolore insistente laterale insediantesi in basso lascia intravedere una lesione annessiale.

I dolori a tipo vario, insistenti, per lo più accessuali, talora localizzati, talora a distanza, che accompagnino dei tumori uterini od ovarici maligni sono di pessima prognosi; anche quando essi appaiono dopo un intervento o dopo la radioterapia, la persistenza o il comparire di essi stanno a significare quasi sempre una diffusione a distanza della infiltrazione neoplastica.

Un dolore intenso mediano accompagnato con premiti anali è per lo più indice di raccolta nel Douglas o nel parametrio latero-posteriore, tale da interessare la parete anteriore dell'intestino; il comparire di esso nel corso di una parametrite o di una peritonite pelvica deve far portare l'attenzione sulle condizioni dell'essudato e troveremo la indi-

cazione ad una colpotomia in tempo, prima che si abbia una apertura spontanea nel retto.

Ma sopratutto nelle *crisi acute* è utile avere delle linee direttive, ed è anche più fattibile.

Eccone alcuni esempi.

Dolori a tipo di contrazioni uterine talora con ritmo intermittente, proprio a guisa di travaglio, in donne portatrici di uteri voluminosi, in cui si possa sospettare un fibroma, ci portano a convalidare la diagnosi e a pensare ad una crisi di estrinsecazione sottomucosa del nodo fibroso, che potremo vedere partorito in parte o tutto nel collo dell'utero. Bisogna ricordarsene, perchè a volte, se non urga il fattore emorragico, avremo interesse ad attendere la estrinsecazione in modo che un minimo atto operativo potrà aver ragione del tumore, ormai accessibile alla vista, senza bisogno di sezionare il collo.

Nei dolori a tipo catastrofico, improvvisi, localizzati ai quadranti inferiori dell'addome, penseremo subito alla possibilità di una gravidanza extrauterina (rottura, usura, aborto), se siano concomitanti irregolarità mestruali (non aspettarsi sempre una vera amenorrea, dare il dovuto valore anche alle perdite irregolari protratte da tempo e così ai ritardi di pochi giorni o ai presunti eccessivi anticipi). Il quadro sarà perfezionato dalla comparsa di fatti di anemia acuta ed eventualmente della comparsa della raccolta obiettivamente dimostrabile (ematocele).

Penseremo a una crisi di torsione sul peduncolo di un tumore dell'ovaio e dell'utero stesso, se peduncolato, quando nella storia della donna risulti tale malattia, e comunque quando il reperto obiettivo ci faccia trovare una massa solida o cistica dolente; concomita di solito difesa addominale locale, arresto temporaneo della funzione intestinale; spesso c'è vomito. Nella assenza dei precedenti ginecologici la diagnosi può riuscire difficile; pensandoci, l'esame ginecologico indirizzerà bene; si intende che la omissione di tale indagine può essere dannosa.

Ne vedemmo di recente un caso.

Una donna pluripara, dopo molti mesi da un parto è colta da fatti dolorosi al quadrante inferiore dell'addome con risentimento addominale, vomito, febbri modiche. Il pensiero dei medici succedutisi al letto della donna è polarizzato verso la appendicite, e così la donna è tenuta oltre un mese a dieta rigorosissima finchè interviene la levatrice di famiglia (siamo nella regione in cui le levatrici hanno grande autorità nelle masse), e questa vuole fare l'esame genitale, trova qualche cosa di irregolare, ne avverte la famiglia e allora il ginecologo diagnostica ed opera la cisti, che era torta sul peduncolo, con grave emorragia endocistica.

Il pensiero della rottura di un piosalpinge verrà se conosceremo che la donna era sofferente di annessite acuta e se i fatti dolorosi accessuali sono seguiti p. es. ad uno sforzo inconsulto, ad un trauma magari sessuale, ad un purgante (attenti sempre a non somministrarne nelle forme pelviche, con tendenza a localizzazione; le fareste spesso generalizzare) e saremo confermati dalla crisi peritoneale diffusa, dal collasso, con polso frequentissimo, pur con discesa critica della febbre; qualche volta la diagnosi differenziale con la rottura di una tromba

gravida sarà malagevole o impossibile; non monta; in ambo i casi la salvezza è nella laparotomia il più sollecita possibile.

In una donna gravida, che già sappiamo portatrice di tumori fibrosi dell'utero, l'insorgere di crisi nel corso della gestazione deve indirizzarci a vedere una estrinsecazione sottosierosa del tumore (e per lo più accompagnata da reazione peritoneale, durante la quale l'esame obbiettivo può essere infruttuoso); essa sarà confermata poi dall'apparire alla superficie di nodi, prima non palpabili.

Inoltre dovremo tenere presente la possibilità di torsioni sul peduncolo di tumori concomitanti e dell'insorgere di necrosi di essi.

Non va infine dimenticata la possibilità che il dolore sia il segno di una rottura dell'utero in gravidanza; ci si penserà più presto se ci siano stati precedenti che abbiano minorata la resistenza della parete (miomectomie, tagli cesarei); meno facilmente quando la rottura insorga in uteri malconformati o per usura dei villi coriali.

Talora la crisi violenta addominale è segno di distacco acuto di placenta normalmente inserta e nella forma più accentuata con stato generale grave, shok, anemia, tensione dolentissima dell'utero sta a far pensare ad una forma di apoplessia uteroplacentare di quelle che trovano la salvezza solo nella immediata laparotomia.

Ecco così tracciati a grandi linee i primi pensieri diagnostici che subito devono affacciarsi alla nostra mente nella occasione di crisi addominali acute.

Guardarsi in genere dal precipitare la diagnosi semplicistica di colica intestinale: in molti casi si perderebbe tempo.

Ne vedemmo un esemplare dimostrativo di recente. Un mio assistente volontario, chiamato presso una giovane colta da dolori violenti, seguìti da stato depresso anemico, avendo rilevata la coincidenza di uno stillicidio di sangue da oltre un mese, pensa subito ad una crisi di gravidanza tubarica; ma la famiglia, di fronte al consiglio del ricovero alla Clinica va alla ricerca di altri sanitari e ne trova un paio che, pur messi sull'avviso dal parere del collega, ne escludono formalmente la diagnosi e gettano la grande parola tranquillizzatrice: è una semplice colica e si dànno a somministrare purganti, clisteri, ecc. Si perdono così 24 ore e si arriva ad una crisi violenta in cui compare un collasso minaccioso. La donna è allora vista anche da me e imposto l'immediato trasporto alla Clinica si opera subito e si trova un imponente emoperitoneo dovuto ad una usura poco più larga di un grano d'orzo nella porzione ampollare. Ora è da rilevare che questo caso aveva già avuto un'altra spinta alla catastrofe; il persistere delle emorragie da più settimane aveva fatto pensare all'uso di rimedi emostatici e precisamente a un certo decotto somministrato da una di quelle « donne stagna–sangue » che girano per la Puglia ancora. L'effetto fu rapido; ogni emorragia esterna cessò, ma si iniziarono le crisi addominali; è verosimile che l'azione contrattile si sia svolta sulla parete tubarica, precipitando la usura della parete. Da qui due ammaestramenti: pensarci sempre e in casi anche solo sospetti evitare i purganti e le sostanze ad azione sulla fibra muscolare uterina.

Si intende che non vanno dimenticate le cause extragenitali di crisi dolorose (calcoli renali, epatici, occlusioni intestinali, perforazioni di ulceri, ecc.); esse sono ben note.

Un tipo speciale di dolore va ricordato ed è quello che è circoscritto nel tempo al periodo interposto fra due mestruazioni; per lo più un paio di settimane prima dell'efflusso sanguigno, lo si trova specialmente nei postumi di processi annessiali, nelle forme di ovaie sclerocistiche con albuginea molto spessa; e coinciderebbe con lo scoppio di un follicolo.

Se talora è facile già orientarsi anamnesticamente sul significato dei dolori denunziati, altre volte non si riesce a rendersene ragione nemmeno con l'esame obiettivo.

Certo bisogna stare in guardia nello stabilire il nesso fra reperto ginecologico e fatto doloroso, per non cadere in errore.

Altre volte solo il criterio *ex adjuvantibus* può soccorrere: p. es., se avremo messo un pessario vaginale per mantenere ridotto un utero già retroflesso e i dolori cesseranno, avremo la sicurezza del rapporto fra i due fatti, ma se ciò non è dovremo cercare altrove.

Così in forme in cui sospettiamo un substrato fondamentalmente psichico, isterico, una iniezione indifferente seguìta da miglioramento ci farà persistere nel nostro concetto e così via fino alla prova di una cura specifica se abbiamo il sospetto di un fatto tabetico e metaluetico.

Il dolore è sentito in diverse maniere: acuto, pungente, lancinante, gravativo, pulsante, localizzato o irradiato; insistente o intermittente, talora con pause di settimane o mesi.

È importante ricercare l'intensità del dolore: essa è subiettiva: la stessa causa dà diversa ripercussione dolorosa secondo l'individuo.

Obiettivare il dolore ha importanza non solo medico-legale ma anche clinica. Si tratta di riconoscere quante delle sofferenze denunziate da una malata siano vere e quanto vi partecipi la tendenza ad esagerare sotto la influenza di fattori nervosi. Non è qui il posto per dilungarci su i metodi che portano a tale differenziazione; si trovano d'altronde nei trattati di semeiotica e di medicina legale: vi figura la modificazione della pressione sanguigna, che si dovrebbe controllare collo sfigmomanometro, le modificazioni del polso (aumento della frequenza); l'uso dell'algesimetro di Boas o la ricerca dei circoli tattili, ecc. Nella pratica clinica quotidiana non occorrerà nemmeno di ricorrere a tali determinazioni; i riflessi dei muscoli mimici controllati senza farlo dividere alla paziente, la reazione locale di difesa mucolare, la dilatazione delle pupille sono segni già sufficienti; sopratutto tenendo presente che ci guida lo stesso tatto clinico nel riconoscere il temperamento di quella data persona; le frasi esagerate come i richiami alle bestie che rodono il corpo, la localizzazione variabile dei dolori subiettivi, la non precisa localizzazione obiettiva del dolore, sì che ora duole una regione ora un'altra, la prova della sensibilità superficiale, che talora è esagerata mentre la palpazione profonda riesce negativa, sono tutti elementi che ci indirizzano convenientemente nell'apprezzamento di quanto ci viene riferito.

L'esperienza clinica in questo campo è sovrana; però bisogna guardarsi dall'esagerare nel riportare la fenomenologia dolorosa a fatti di tipo nevrotico o isterico; si potrebbero misconoscere lesioni davvero

esistenti. Ricordare al contrario che spesso, se la manifestazione dolorosa è esagerata, essa riconosce tuttavia una base anatomica. Ricordisi che anche lesioni di non grande entità rappresentano spesso in tali soggetti delle « spine » efficaci a suscitare i fenomeni riferiti e che spesso la rimozione loro ha portato il benessere definitivo.

Bisognerà studiare bene la singola malata; il medico di famiglia potrà esserci guida utilissima.

A volte un intervento messo in opera quasi contro voglia, perchè la lesione riscontrata pareva minima e guaribile anche senza operazione si dimostra poi della massima utilità.

Un caso fra i tanti: Una donna di 30 anni, a tipo isterico, dopo un parto, l'unico avvenuto dieci anni prima, notò sofferenze a carico del quadrante inferiore dell'addome a forma acuta e fu diagnosticata una annessite destra; cure opportune mitigarono per parecchio i fatti dolorosi, ma residuò una tendenza al vomito, una dolorabilità localizzata alla fossa iliaca destra, e una stipsi ostinata. Le condizioni generali stesse ebbero nocumento; a più riprese visitata da ginecologi, di fronte ad un reperto obiettivo quasi muto, fu consigliata a seguitare nella consueta terapia risolvente, associata a cure sedative del sistema nervoso. Vidi poi io pure la malata e, pur notando solo un ovaio un po' dolente a destra e poco mobile, venni nella determinazione di consigliare una laparotomia nel pensiero che qualche aderenza spiegasse i fenomeni insistenti, specialmente a carico dello stomaco; per quanto non avvertibile ritenevo che ci potesse essere una aderenza epiploica o omentale; la laparotomia del resto avrebbe avuto anche un effetto di suggestione se tutto o la massima parte avesse dovuto venire riportato a fatti isterici. Orbene alla laparotomia oltre all'ovaio vincolato da una tela di vecchie aderenze connettivali si trovò che la appendice vermiforme, molto lunga, aveva contratto aderenza con l'ovaio destro a metà circa del suo decorso. Liberato l'ovaio e tolte le aderenze appendicolari la malata ebbe poi a sentirsi veramente bene. In quel caso l'aver dato troppo peso alla natura isterica avrebbe impedito di portare l'opera terapeutica efficace, che pur era necessaria.

Non è sempre così e avviene talora che donne di tale tipo siano troppo facilmente sottoposte ad interventi operativi senza riuscire allo scopo e anzi peggiorando sempre le condizioni.

Ricordo di una donna seguìta nella Clinica di Roma, la quale, portatrice di una lacerazione perineale, e accusando disturbi varî fu sottoposta alla plastica perineale al suo paese, ma, il risultato psichico come quello plastico essendo stato insufficiente, venne poi a Roma e qui una nuova plastica. Più tardi essendo parso che un certo grado di cistocele fosse residuato fu ancora operata; essa finì per localizzare tutte le sue sensazioni dolorose a livello della cicatrice plastica e finì per accusare i medici di averla rovinata. Più tardi infine essa fu riconosciuta affetta da una forma di vera psicosi e venne ricoverata al manicomio.

Sono del resto di osservazione comune le donne operate di rene mobile, poi di prolasso vaginale, poi magari di raschiamento e così via fino alle operazioni laparotomiche.

Io ne vidi in questi giorni una che aveva avuto la asportazione di un annesso, poi dell'appendice, poi una terza volta una isteropessi e alla quale infine rimanendo dei disturbi locali e generali era stata proposta la isterectomia; era giovane di 24 anni e aveva un utero perfettamente normale con mestruazioni regolari; la suggestione in quel caso squisitamente nevrotico ebbe ragione delle sofferenze.

Prurito vulvare.

Può essere localizzato ai genitali esterni, oppure essere la manifestazione locale di un prurito generale (ittero, orticaria, esantemi medicinali, ecc.).

Può essere idiopatico o secondario. La forma essenziale o idiopatica è legata ad una neurosi.

La forma secondaria può dipendere da cause generali e cause locali. Fra quelle ricordare il diabete (non dimenticare mai l'esame delle urine); talora si accompagna a fenomeni ovariprivi.

Il prurito esclusivamente genitale è spesso conseguenza di irritazione della pelle (per leucorrea, mestruazione); si tratta di processi di macerazione che determinano alterazioni eczematose. Anche altre malattie sono in giuoco (condilomi, papule, ulceri, fistole, ragadi); ricordare la scabbia e la ptiriasi; nei bambini poi le ascaridi e gli oxiuridi. Nelle vecchie si può avere anche un'atrofia della pelle fino alla *craurosis vulvae.*

Anche nella gravidanza lo si può avere, provocato forse dalla iperemia e leucorrea.

Una causa non rara è l'urina irritante, molto concentrata, con molto acido urico e allora il prurito diminuisce ordinando acque antiuriche.

Dispareunia.

Dolori nel rapporto sessuale si possono avere per cause organiche e nervose.

Fra le cause organiche: imene spesso, sensibile, vagina angusta, ragadi vulvari, foruncoli, vulviti, caruncole uretrali, craurosi, ragadi anali, dermatiti.

Una causa meno nota e più facilmente removibile è l'altezza eccessiva del pube o la errata inclinazione del bacino sia per difetto sia per atteggiamento incongruo: in questi casi è frequente un urto diretto contro la regione della clitoride e del meato urinario; ne derivano facili dolori, e secondariamente uretriti, escoriazioni vulvari, cause a lor volta di dolori e poi di vaginismo, di riluttanza al rapporto sessuale.

Circa ai genitali interni si ha dolore quando ci sia una retroflessione fissa, o quando ci sia un prolasso dell'ovaio, spesso associato a quello del retto, o per postumi di annessite. Troviamo anche fra le cause la atrofia senile da menopausa.

È da soggiungere che in termine lato si può raccogliere sotto lo stesso nome la discronia sessuale, nel senso del mancato coincidere dell'orgasmo sessuale fra uomo e donna.

Dispareunia nervosa chiamiamo quella sofferenza che insorge in donne in cui non siano dimostrabili lesioni anatomiche del tipo su ricordato. Vi rientrano i casi di neurastenia, di altre perturbazioni psichiche, di vaginismo funzionale.

Nel vaginismo si ha la insorgenza di contrazioni a tipo spastico del costrittore della vagina, a cui si associano le contrazioni dei muscoli profondi specialmente dell'elevatore dell'ano; ne deriva un impedimento al rapporto sessuale. Molte volte, come si è accennato, esiste a base di esso un fattore locale meccanico, sia circa la sproporzione fra le parti, sia per escoriazioni o processi infettivi o anomali atteggiamenti della vulva; ma quando, in luogo del semplice dolore, si arriva al vaginismo vuol dire che concorre un elemento psichico di eccessiva sensibilità e abnorme reazione.

Il fattore psichico basta talora da solo a sostenere un vaginismo insormontabile, pure in assenza di lesioni anatomiche; qui si tratta sempre di soggetti nevropatici, nei quali il vaginismo è provocato non solo dal minimo tocco superficiale, ma dal semplice avvicinamento; per essi basta cioè l'idea invece del fatto. Ne derivano stati ossessivi veri e propri, a volte primitivi, a volte secondari a veri dolori, provati nei primi non riusciti tentativi di congiungimento sessuale; la tendenza di codesti soggetti isterici ad esagerare il valore delle percezioni fa che essi foggiano in anticipazione le sensazioni provate ed evocate a guisa di terrorizzazione ossessiva che inibisce l'atto fisiologico, poichè lo stato fobico dà una reazione localizzata, che induce un effettivo disturbo meccanico disadattativo di parti (Borri).

In queste coppie infelici i tentativi ripetuti incongrui, magari i toccamenti digitali finiscono per aumentare ancor di più la suscettibilità eretistica delle vie di accesso vaginali, donde una repulsione sempre più viva ad ulteriori amplessi fino alla repugnanza fisica esteriore. Si comprende come in tali casi si siano proposti dei giudizi di annullamento del matrimonio, ottenuto talora anche dopo dimostrato che il matrimonio era stato consumato.

Aumento di volume del ventre.

Una delle ragioni per le quali siamo interpellati dalle pazienti è sulla natura di un aumento di volume dell'addome notato da tempo più o meno lungo.

Qui dobbiamo dire che la tolleranza femminile è ben grande talora, se assistiamo a donne che sono portatrici di tumori voluminosi nel loro addome senza avvedersene, anzi senza risentirsene alcun fastidio.

Ricordo sempre una giovane sposa, la quale nella prima notte di matrimonio era stata dal marito vista così voluminosa nel suo ventre da fargli insorgere il terribile sospetto di una preesistente gravidanza. L'esame ginecologico subito richiesto mise in evidenza un enorme fibroma dell'utero, che la donna affermava insistentemente di non avere mai sospettato poichè stava bene e regolari aveva le mestruazioni mentre non risentiva alcun dolore, e riteneva che il grosso addome fosse dovuto al suo stato di buona nutrizione.

Del resto molte volte il reperto di tumori anche grossi dell'addome è accidentale, nel corso di esami fatti nell'occasione di qualche malattia febbrile; prima che molte donne richiedano il nostro parere occorre quasi che si arrivi ad una certa tensione della parete addominale, ove non insorgano altri sintomi ammonitori (emorragie, dolori).

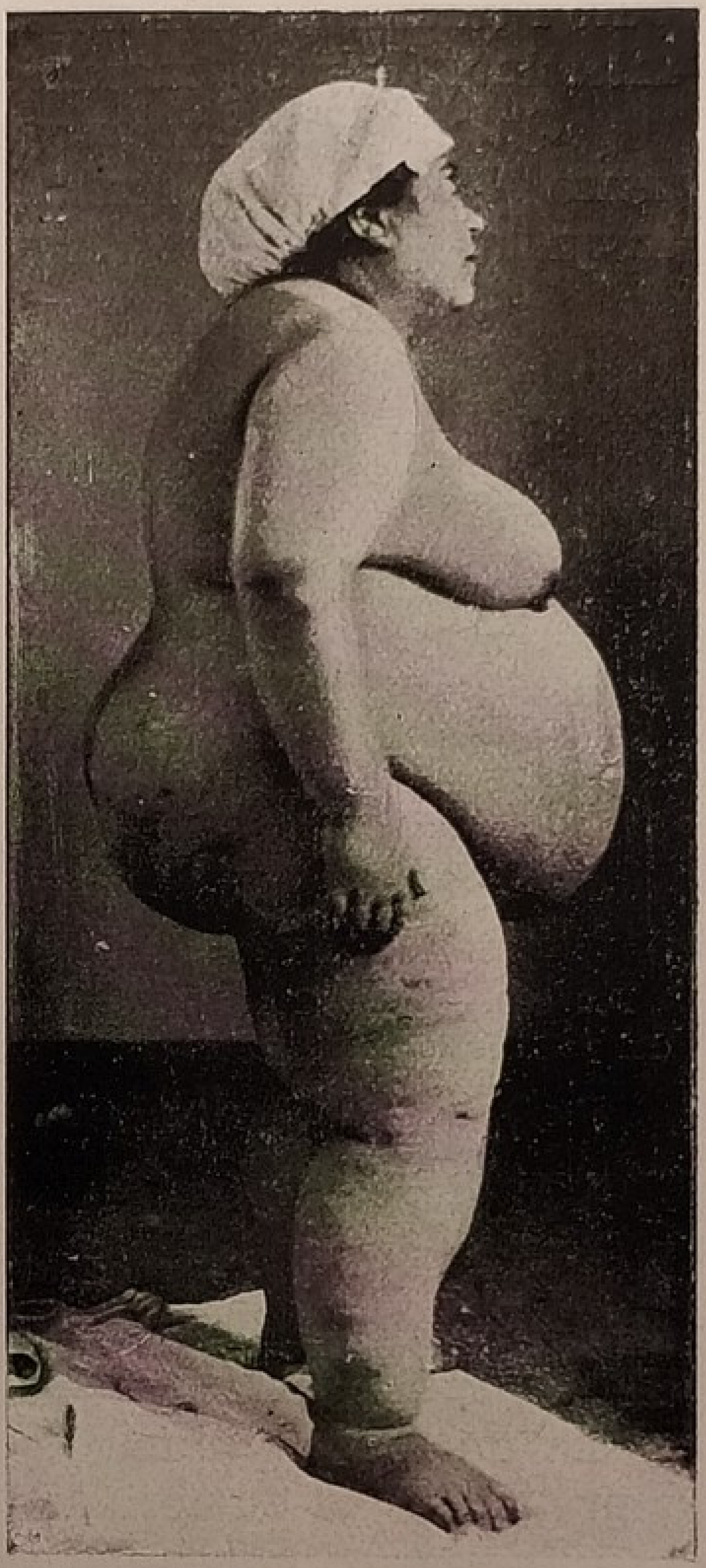


FIG. 59. – Obesità spiccata. (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Per converso è notevole la impressione precoce di aumento del ventre che viene riferita da molte donne anche agli inizi della gravidanza quando l'utero è ancora organo pelvico e nemmeno con l'esame diretto esterno è apprezzabile. Ricordiamo ancora un'altra eventualità che incontreremo spesso nella pratica, ossia le alternative fra i «gonfiori» del ventre e i ritorni alla norma; basta la enunciazione del sintomo perchè lo possiamo identificare con variazioni nel contenuto di gas dell'intestino; eppure molte donne se ne turbano.

Detto questo a guida preliminare, vediamo che significato generico dobbiamo attribuire all'aumento di volume del ventre.

La prima ricerca è sulla sede dell'aumento e dobbiamo, anzitutto, escludere la parte spettante alle pareti.

Qui possiamo trovare:

la obesità, sia espressione di uno stato generale di ingrassamento, sia localizzazione di elezione come nella menopausa (accertarcene col sollevamento in pliche della parete);

la diastasi dei retti (sopratutto nella posizione eretta avviene la proiezione in fuori di gran parte della massa intestinale; d'altra parte la mano può venire infossata fra i retti divaricati);

il rilasciamento in genere della parete, che permette gradi notevoli di meteorismo;

ernie circoscritte (ombelicali, operatorie, con prominenza maggiore o minore secondo la ampiezza della porta erniaria e permanenti o transitorie secondo la mobilità del viscere erniato);

tumori veri della parete per lo più a carico di muscoli o delle fasce, facilmente individualizzabili (nel far contrarre la parete si rendono prominenti, mentre quelli endoaddominali scompaiono; si spostano coi movimenti della parete stessa, ecc.);

processi flogistici locali col corteo del dolore, turgore, arrossamento.

Esclusa la sede parietale bisogna considerare la possibilità della derivazione dai vari visceri addominali, sia intra- che retroperitoneali.

Vero è che nella donna nella grande maggioranza i tumori di un certo volume sono di origine dall'apparato genitale, ma non mancano pure i tumori di altri visceri (fegato, milza, reni, connettivo pararenale, intestino, omento, mesentere, ecc.).

Quindi non bisogna polarizzarsi troppo verso l'apparato genitale senza il dovuto discernimento clinico. Allora gli errori saranno meno frequenti, per quanto alcuni casi presentino delle reali difficoltà e abbiano tratto, come trarranno ancora, in inganno (da qui del resto la famosa affermazione che il ventre è la tomba del clinico).

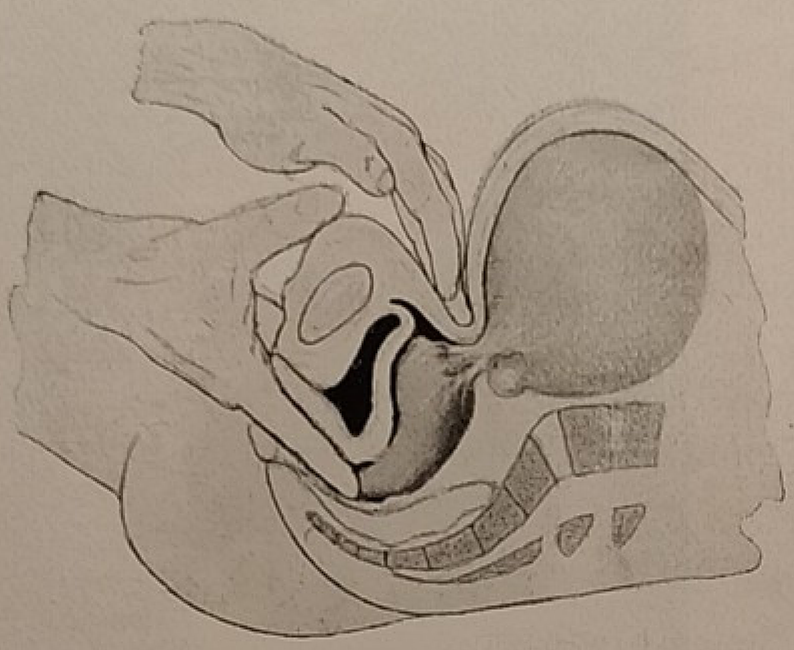


FIG. 60. – Identificazione dell'utero e del peduncolo del tumore (da HALBAN).

Milze ectopiche, sia giganti per vecchia malaria, sia ingrandite e cistiche per echinococco, sono più volte state scambiate per tumori dell'ovaio. Così fu scambiata una cistifellea idropica enorme che arrivava e si fissava fino alla fossa iliaca; e scambi avvennero per tumori del mesentere, per idronefrosi, neoplasie omentali, ecc.

Per ciascuna di tali eventualità non mancano elementi di diagnosi differenziale, ma l'importante è di pensarci.

Un elemento fondamentale è lo stabilire la connessione coll'apparato genitale, per quanto anche qui si incontrino talora difficoltà nei casi di tumori molto grossi, oppure la connessione sembri mancare se ci sia un lungo peduncolo, ovvero viceversa essa sia mentita da aderenze (come in tumori del cieco, del sigma).

In genere dobbiamo stabilire: grandezza, forma, consistenza, mobilità, dolorabilità; ne trarremo già dati importanti direttivi.

Per ciò che concerne la forma ricordiano la prevalenza della sferoidale nelle cisti ovariche, della bernoccoluta nei fibromi.

Circa le dimensioni ricordare che è spesso ingannevole il reperto avuto traverso la parete addominale; è facile la tendenza a ritenere la massa più grande di quanto non sia in realtà.

Circa la consistenza, dalla durezza ossea lignea cartilaginea alla mollezza pastosa e alla fluttuazione c'è tutta una gamma nella quale non è nemmeno sempre agevole l'orizzontarsi.

Ad ogni modo una consistenza nettamente fibrosa è caratteristica dei tumori dell'utero; mentre pensiamo anzitutto a tumori ovarici di fronte a una consistenza cistica per quanto non manchino fibromi anche dell'ovaio, o tumori cistici dell'utero.

Nè sempre il risultato dell'esame è nettissimo. Sia per mancata cedevolezza o spessore della parete, sia per condizioni intrinseche del tumore, il rilievo obbiettivo può essere disorientante o insufficiente,

come nelle pseudofluttuazioni dei fibromi, per edema, per ectasie linfatiche o per vere raccolte cistiche (per necrosi).

Anche determinata la sede genitale di una data tumefazione permangono ragioni di dubbio sul segmento interessato: gli annessi o l'utero.

Vari metodi di indagine possono riuscire all'intento nei casi di volume non eccessivo e quando per docilità della malata e per condizioni anatomiche l'esame obbiettivo completo sia possibile.

Fra le varie manovre ricordiamo:

di cercare di seguire la porzione sopravaginale dell'utero per vedere se continui col tumore;

cercare di rintracciare gli annessi;

cercare i legamenti rotondi;

provare se la *portio* segue i movimenti impressi al tumore;

fare delle trazioni sul collo e seguire il contegno del tumore.

La manovra per sollevare il tumore è semplice: basta affondare la mano fra esso e la regione soprapubica e tentare di stirare in alto la massa; se è un tutto con l'utero, anche la *portio* si innalza, mentre nei tumori ovarici ciò non avviene; c'è però il caso che si tratti di un

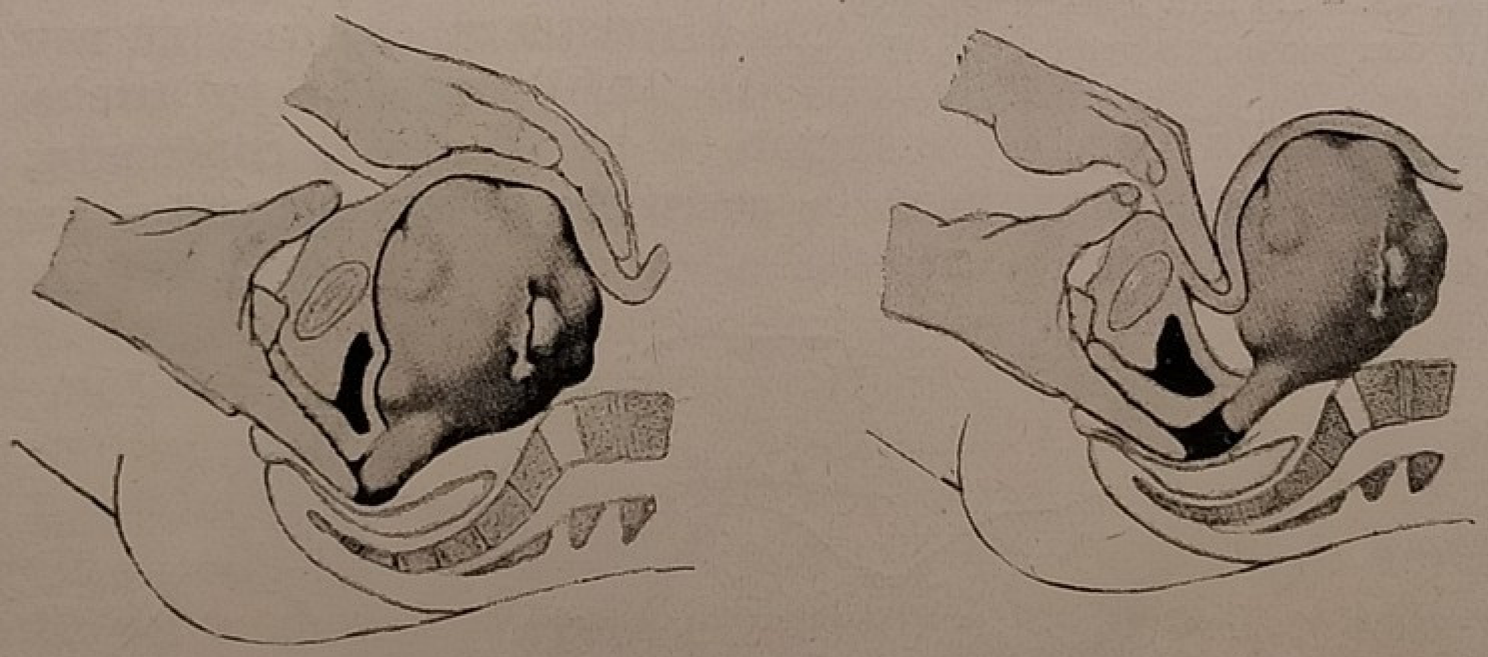


FIG. 61. – Manovra per riconoscere i rapporti della tumefazione con il collo dell'utero (da HALBAN).

tumore dell'utero peduncolato e allora si resta incerti; nè basterà il criterio della consistenza, perchè potrebbe essere fibroso anche un tumore ovarico.

Elementi per trarre in inganno non mancano pure in altre contingenze, per es. nei fatti infiammatori, nella fase cronica; talora gli annessi hanno preso tali rapporti con l'utero da sembrare far parte di esso simulando un mioma dove c'è un piosalpinge.

Può servire il suggerimento di Halban di curare specialmente la ricerca dei rapporti della parte laterale: se le dita esterne ed interne si possono congiungere fra pelvi e massa in esame si può pensare più presto ad un mioma perchè di solito i fatti infiammatori prendono tenaci aderenze con la parete del bacino e le dita restano allora allontanate fra di loro. Vero è anche qui che un analogo contegno si avrebbe

nei tumori infralegamentosi o negli ematoceli che si siano infiltrati fin contro alla parete pelvica.

Indicazioni utili dà il rintracciare i legamenti rotondi: se si percepiscono in avanti e sopra al tumore ciò parla per la sede uterina di esso; può indicare uno sviluppo intralegamentoso o indirizzare al sospetto di una malconformazione uterina.

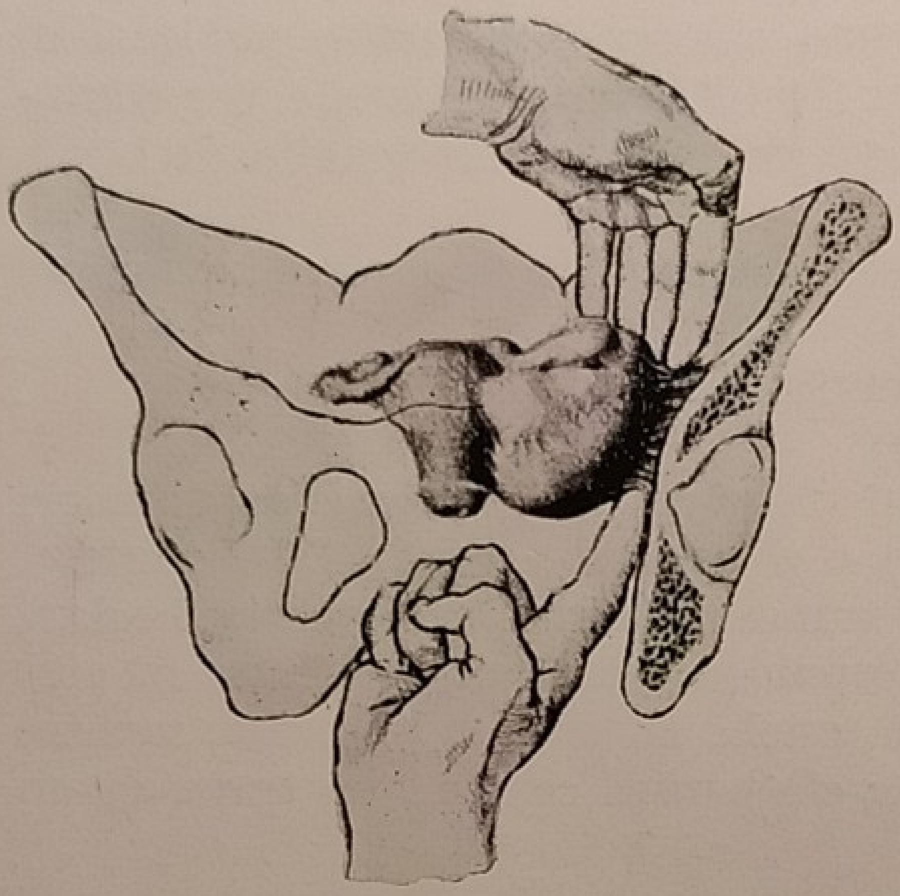


FIG. 62. – Le dita restano lontane; annessite con peritonite pelvica (da HALBAN).

Se il tumore invece che dall'utero deriva dagli annessi può essere sia delle trombe, dell'ovaio o del parovaio o del parametrio.

Nelle raccolte tubariche di solito prevale la forma allungata a storta, mentre nelle cisti ovariche si ha forma tondeggiante, in quelle c'è fissità per i postumi della peritonite pelvica reattiva; in queste la mobilità è conservata e la consistenza cistica è più netta che nelle raccolte tubariche, dove lo spessore della parete è maggiore e più denso il contenuto; nelle cisti ovariche l'utero mantiene la posizione mediana mentre anche le

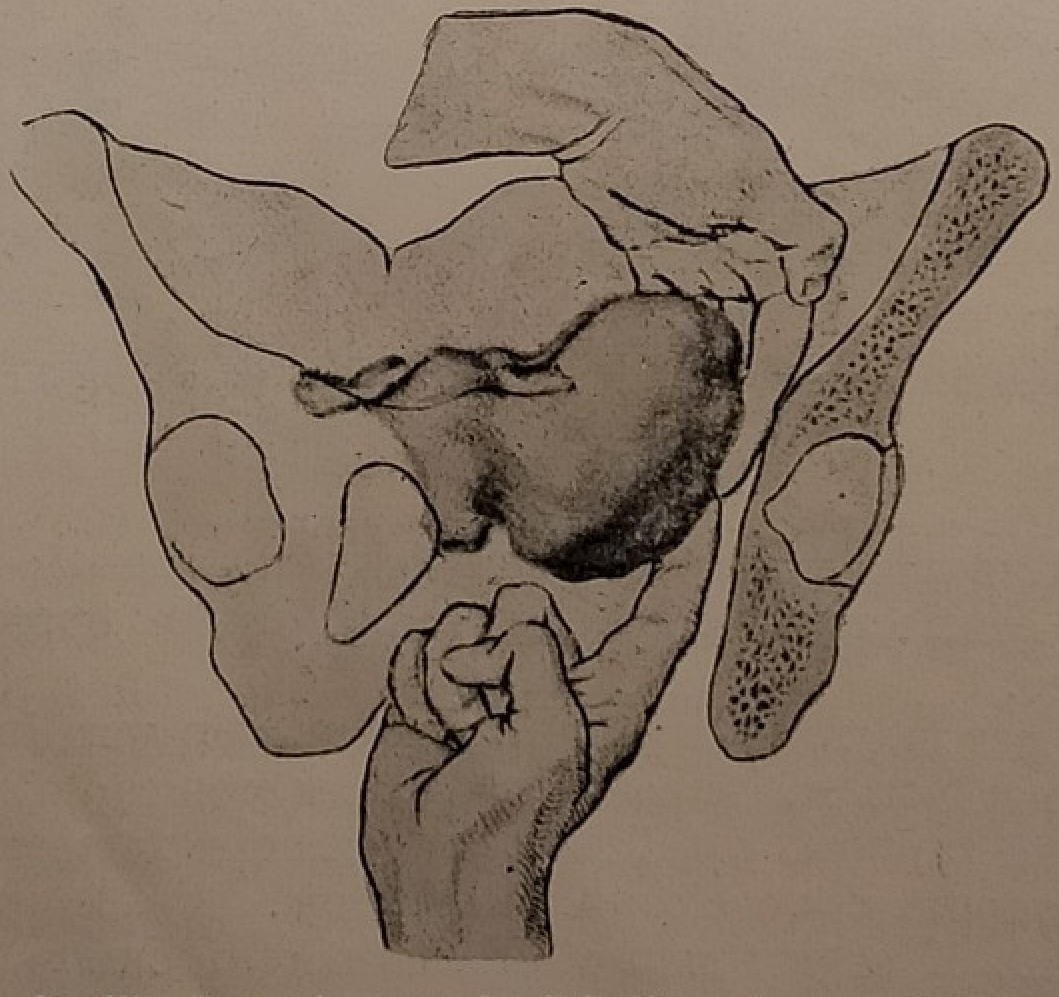


FIG. 63. – Le dita si congiungono fra il bacino e la tumefazione (fibroma) (da HALBAN).

piccole raccolte tubariche determinano uno spostamento laterale, e così via. Ma con tutto ciò a volte solo i dati anamnestici permettono

un orientamento certo, perchè, di fronte ai casi tipici, ci sono quelli disorientanti, come quando la consistenza del tumore ovarico sia dura (fibroma, encondroma, teratoma) o la cisti abbia assunto aderenze colla pelvi, o si tratti di un tumore solido della tromba e via dicendo.

Il tatto clinico, la esperienza devono essere guida. I vari dati del resto saranno esposti nei singoli capitoli; a questi sommari cenni sui pensieri diagnostici da porsi e sui possibili errori aggiungiamo solo qualche altro criterio generale;

La rapidità di aumento di un tumore, ove non coesista una gravidanza, è di solito segno di malignità; così anche ha significato cattivo l'accrescimento di tumori dopo la menopausa.

Analogo generico significato ha la concomitanza di versamento libero sia in tumori dell'utero che in tumori ovarici.

Dopo la menopausa si pensi più facilmente a tumori dell'ovaio che dell'utero.

La sterilità.

È superfluo indugiarci sul concetto corrente della sterilità, intesa come infecondità del matrimonio; ed intuitive sono le varie suddivisioni cliniche in sterilità primitiva e secondaria, spontanea e provocata, assoluta e permanente (da difetti anatomici), o relativa (da disturbi funzionali) (1).

Quello che preme di stabilire è la necessità di non confondere il concetto di sterilità con quello di impotenza; questo è relativo al singolo individuo, quello alla unione che resta infeconda.

In un matrimonio sterile, si può avere impotenza di uno o dell'altro dei coniugi, oppure si può trattare solo di una minorata potenzialità fecondante di uno o dell'altro o di entrambi.

Se il valore fecondante totale deve essere dieci non è detto che l'apporto del singolo deva essere di cinque: può bastare anche meno (tre, quattro) se l'altro valga di più (sette, sei). Ma se capita che l'unione si faccia proprio fra due che valgano meno di cinque il risultato è la sterilità.

Anche dal lato medico legale la distinzione fra i due aggettivi, sterile ed impotente, può avere interesse, come bene fece rilevare Pestalozza, seguìto in questo da Alfieri.

Prima di dire sterile un'unione si suole richiedere che l'esperimento coniugale sia stato protratto per un certo tempo; non ci pare questione importante il fissare codesto limite, che secondo gli Aa. oscilla da un un anno a sei. La grande maggioranza accetta il limite di tre anni, ma non dimentichiamo, ciò che del resto è di conoscenza popolare, che vi sono matrimoni fecondi, dopo otto, dieci e più anni. E non in tutti c'è sostituzione di persona. Un sano buon senso clinico deve, del resto,

---

(1) Ricordare la sterilità «fisiologica» di prima della pubertà e dopo la menopausa e anche quella gravidica, dell'allattamento e premestruale; queste due ultime solo *relative*.

guidarci; così ad esempio se una donna desiderosa di prole, venga a noi solo dopo un anno, lamentandosi della sua steriltà, e noi troviamo una causa locale, ad esempio un setto vaginale, o una spiccata retroversione o un tumore ovarico che presumiano concorrere nel diminuire la fecondità, non ci trincereremo davvero nel criterio di aspettare, ma interverremo senz'altro.

La frequenza della sterilità è calcolata, in genere, del 10 %.

Il problema più importante è sempre quello di trovare, e possibilmente eliminare la causa.

Non ci si deve mai dimenticare di portare la propria ricerca anche sull'uomo. Non è qui il caso di indugiare sulle conseguenze della orchite o deferentite, sulle oligospermie, sulle necro– o zoospermie, ecc.; qui basta dire che la ricerca sul marito dovrà essere ancor più approfondita, quando non si trovi nella donna una ragione anatomica, che sicuramente spieghi l'infecondità.

Le cause sono svariatissime, d'ordine meccanico e di ordine biologico; non sempre rintracciabili tuttavia, e sopratutto non sempre eliminabili (1).

Dopo che Mario Sims nel 1866 vide il principale ostacolo alla fecondazione nel collo conico e nell'orificio esterno ristretto, il concetto di un fattore meccanico nella genesi della sterilità, si è andato sempre più estendendo e venne via via dato valore alle anomalie di forma del collo (tapiroide, a proboscide), alle flessioni, deviazioni, spostamenti del collo e dell'utero, a ripiegature valvolari della mucosa cervicale, la deficienza nello sviluppo del corpo uterino (utero fetale, infantile, pubescente), a brevità delle pareti vaginali, con angustia dei fornici, con mancato *receptaculum seminis*.

Si vide ben presto che tutte queste varie anomalie erano riferibili ad un arresto di sviluppo dell'apparato genitale femminile, ad uno stato di infantilismo genitale, talora compagno dell'infantilismo generale, talora invece appannaggio anche di altre costituzioni morfologiche.

Fondamentale si vide essere la funzionalità ovarica che suole essere turbata nell'ipoplasia uterina, ed esserne anzi causa (fatti infiammatori, intossicazioni, malattie infettive generali, denutrizione). Si parlò così di una sterilità ovarica intesa come rara o mancata maturazione follicolare, con deficiente ovulazione, da perturbata funzione luteinica.

Ma una larga parte della sterilità deriva certamente da fatti infettivi infiammatori, come primo documentò Noegerrath (1872) pure esagerando nelle conclusioni.

Nella grande maggioranza dei casi, si tratta dei postumi di una blenorragia, sia nelle forme di cervicite, sia specialmente attraverso le localizzazioni tubariche e pelviche: la caduta dell'epitelio, le raccolte endo–tubariche, l'irrigidirsi delle pareti, le flessioni angolari, l'occlusione del padiglione, dànno una facile interpretazione della sterilità. Se nella grande maggioranza questi postumi annessiali, sono di origine

(1) Nella rassegna delle moderne vedute seguiamo la relazione che Alfieri fece al Congresso ostetrico di Roma nel 1923. (*V.* Atti della Società. Vol. XXII).

blenorragica, non vanno dimenticati quelli da streptococchi, stafilococchi, germi piogeni in genere, che vi si possono localizzare, sopratutto nel corso di infezioni puerperali.

E ricordiamo ancora le forme tubercolari. La tubercolosi è infatti uno dei fattori più importanti di sterilità, anche indipendentemente dalle alterazioni tubariche, attraverso gli arresti di sviluppo dell'apparato genitale, sia come causa stessa d'infantilismo, sia come postumo di una endometrite tubercolare del periodo prepubere, o addirittura dell'infanzia.

A tutti questi vari fattori meccanici di sterilità, vanno aggiunti i casi di tumori dell'utero o dell'ovaio, elementi questi ultimi di estrema evidenza.

Accenniamo appena a quei fattori di sterilità coniugale, congeniti od acquisiti, che portano ad ostacolare, od impedire il rapporto sessuale, come: mancanza o stenosi della vulva, imperforazione dell'imene, o eccessiva resistenza, atresia vaginale, più o meno estesa, tumori vulvo-vaginali, elefantiasi di alto grado, vaginismo, e così via.

Ma le moderne vedute hanno molto contribuito ad ampliare il campo dei fattori della sterilità al di là dei fattori meccanici sopra accennati.

Ricordiamone alcuni: è stata specialmente da Kehrer data importanza al mancato sincronismo nell'atto sessuale, nel senso che manchi la coincidenza nell'orgasmo; si diede importanza all'esistenza di un secreto vaginale eccessivamente acido (Polah, su oltre 100 casi di sterilità, per acidità vaginale esuberante con spermatozoi immobili in sito, ebbe il 75 % di guarigioni con irrigazioni di bicarbonato e fosfato di sodio); sopratutto importante poi la dimostrazione nel circolo di sostanze spermotossiche specifiche in seguito all'introduzione parenterale (via endovenosa, sottocutanea, peritoneale) nel corpo femminile di estratto testicolare, agente come antigene, fino alla possibilità di ottenere una sterilizzazione temporanea biologica.

Forse attraverso questi ultimi fattori, si possono interpretare casi altrimenti poco chiari di sterilità, nei quali il reperto ginecologico sia negativo.

Non va infine dimenticata la importanza di perturbamenti endocrini, per lo più attraverso la ripercussione loro sulla funzionalità ovarica. Così si spiegano i casi di sterilità nell'ipotiroidismo, ipopituitarismo, nel diabete, nella polisarcia (sopratutto in quella di origine ipofisaria).

Il problema delle cause della sterilità è dunque complesso e farà bene a ricordarsene il medico pratico per evitare dannosi semplicistici empirismi che lo potrebbero portare a inutili e magari dannose operazioni sul collo dell'utero. Ricordi per lo meno, prima di pensare ai suggerimenti terapeutici del genere, di ricercare con la massima attenzione nella storia e nell'esame obbiettivo le note di eventuali infiammazioni genitali. Processi misconosciuti o creduti spenti, da blenorragia, o da tubercolosi, si sono visti troppe volte risvegliare dopo interventi vaginali, volti a rimuovere un presunto ostacolo del collo (discissioni, raschiamenti, ecc.).

QUALCHE RICORDO ANATOMICO

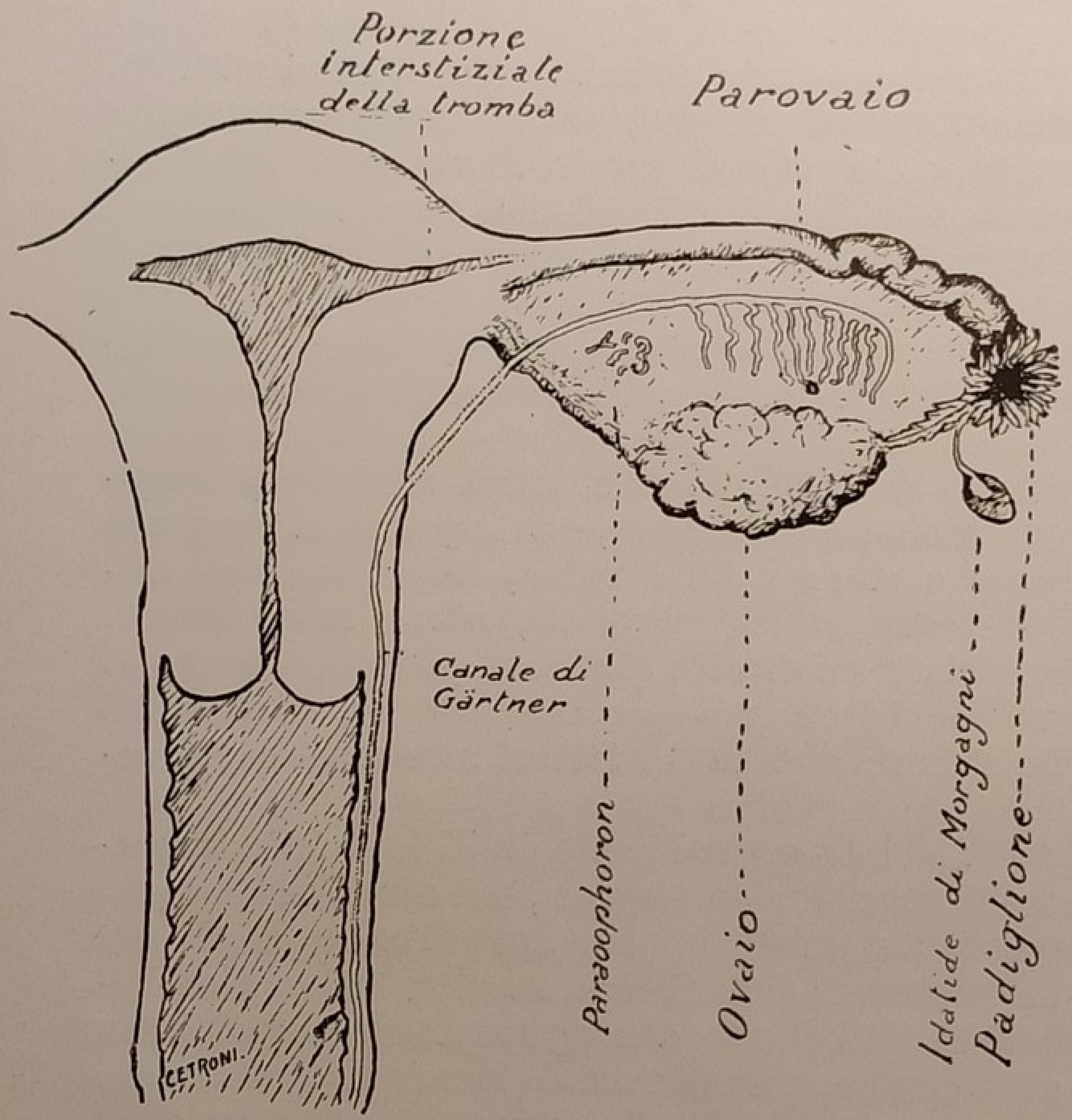


FIG. 64. – Schema dei genitali interni e dei residui embrionali. (Parovaio, paraoophoron, canale di Gärtner).

Vedi anche:

FIG.	1	a pag.	21
»	15-16	»	45
»	33	»	58
»	90	»	138
»	94	»	140
»	95	»	141
»	106	»	155
»	109	»	167
»	118	»	180
»	119	»	181
»	155	»	218

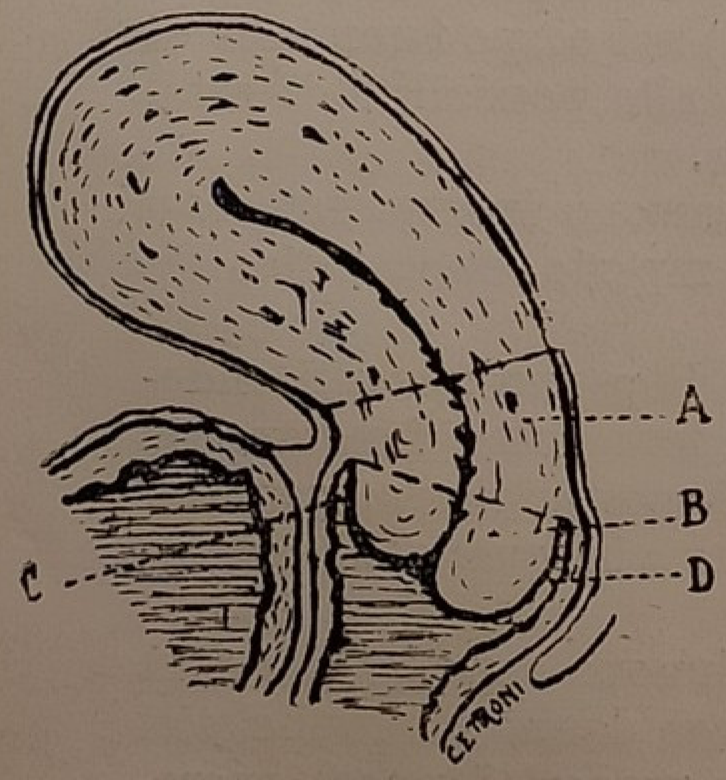


FIG. 65.
Schema dell'utero, con i fornici;
A: la porzione sopravaginale del collo;
B: la *portio* o muso di tinca, che sporge in vagina;
C: fornice anteriore;
D: fornice posteriore; il peritoneo scende fino alla parete vaginale posteriore.

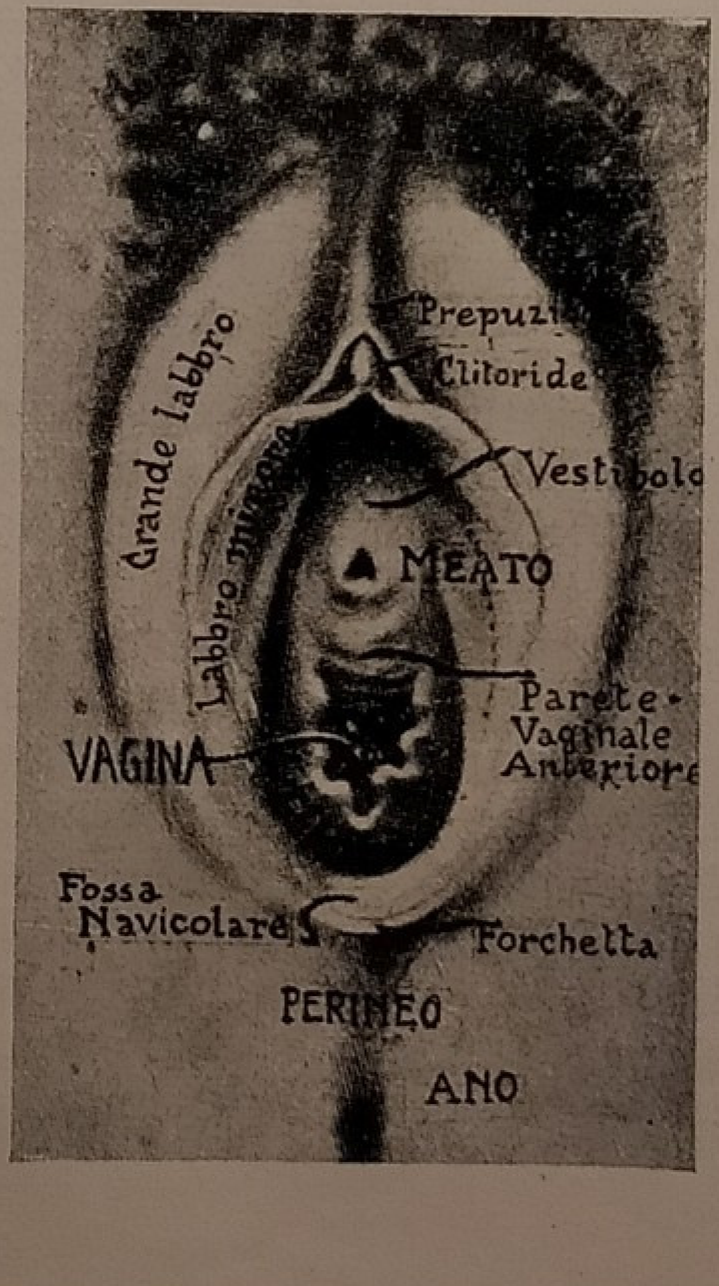


FIG. 66
Genitali esterni.

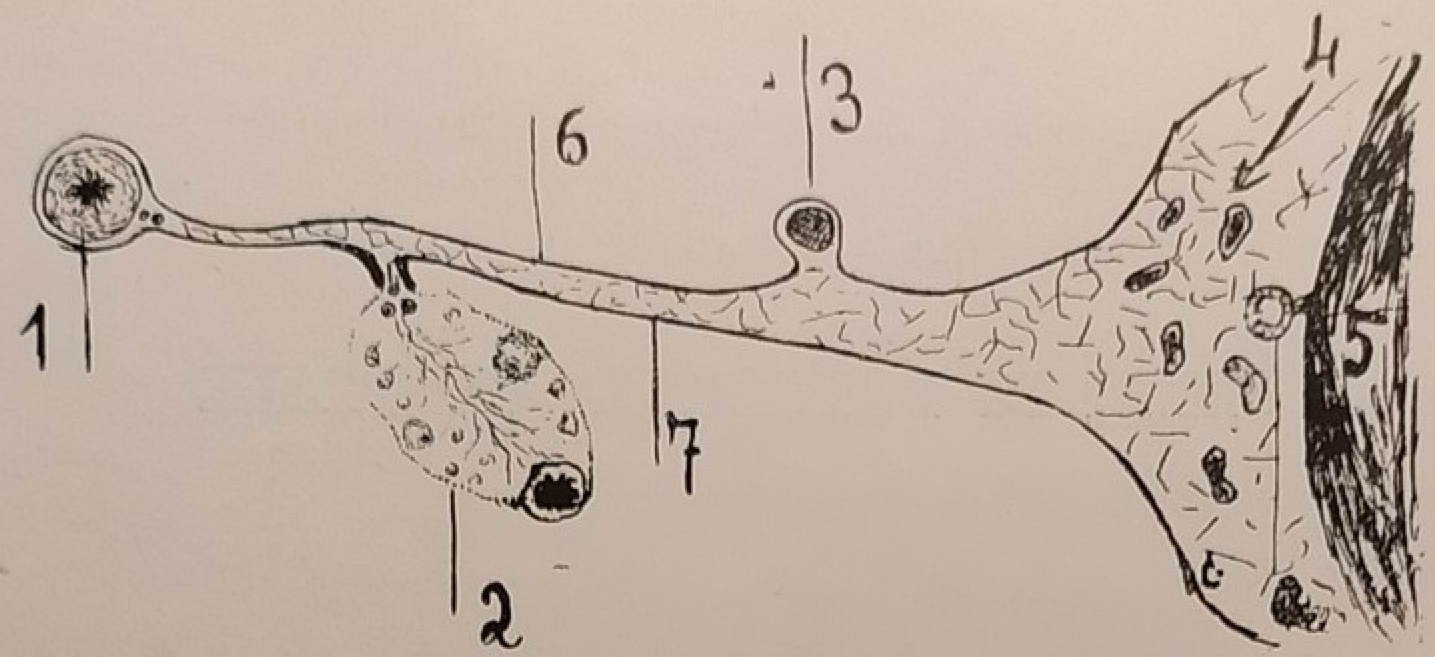


FIG. 67. – Sezione schematica del legamento largo.
1) Sezione della tromba; 2) ovaio, sprovvisto di peritoneo; 3) legamento rotondo; 4) vasi; 5) margine dell'utero; 6) foglietto anteriore del legamento largo; 7) foglietto posteriore.

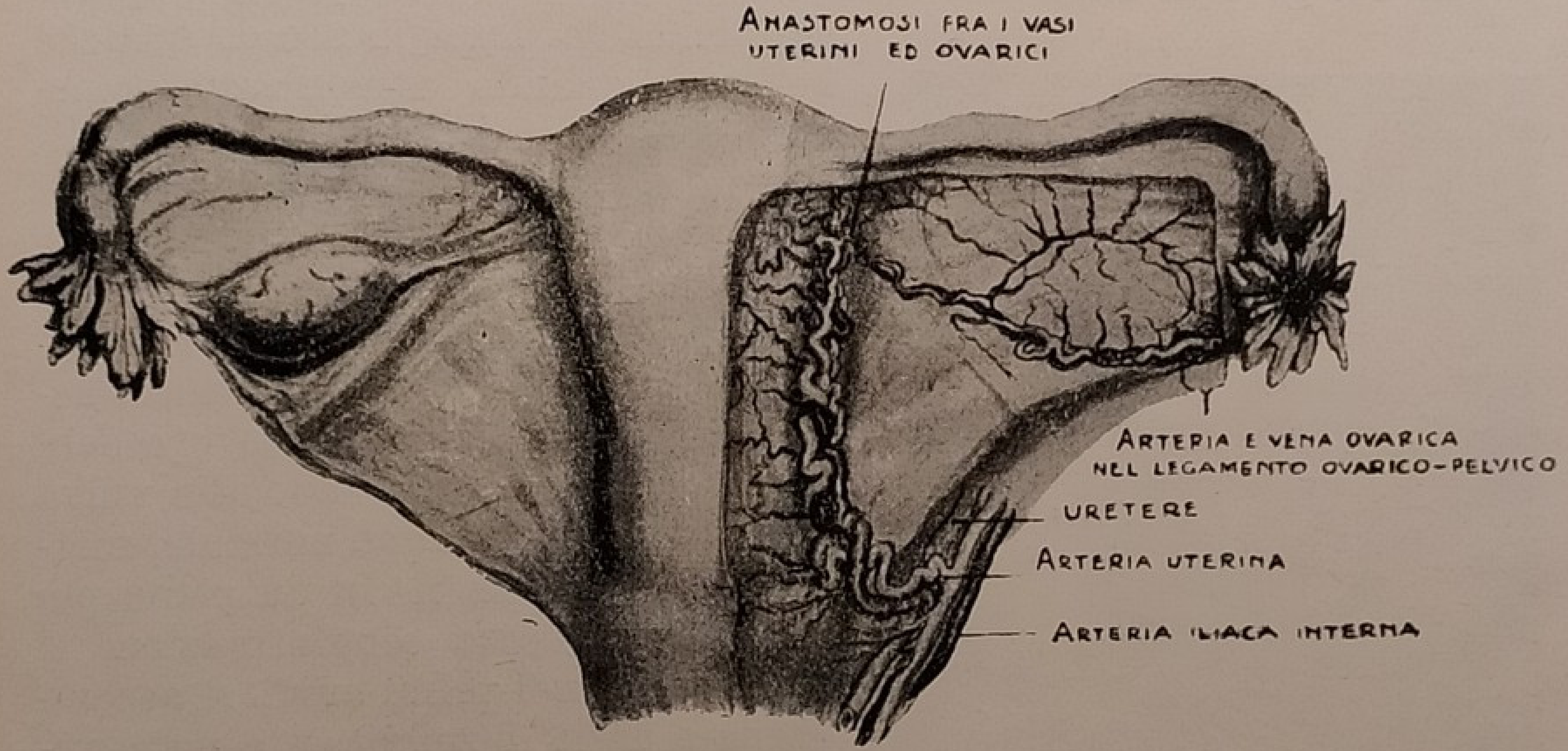


FIG. 68. – A destra è riprodotta la circolazione utero-annessiale a sinistra il legamento largo dispiegato (da FAIRBAIN).

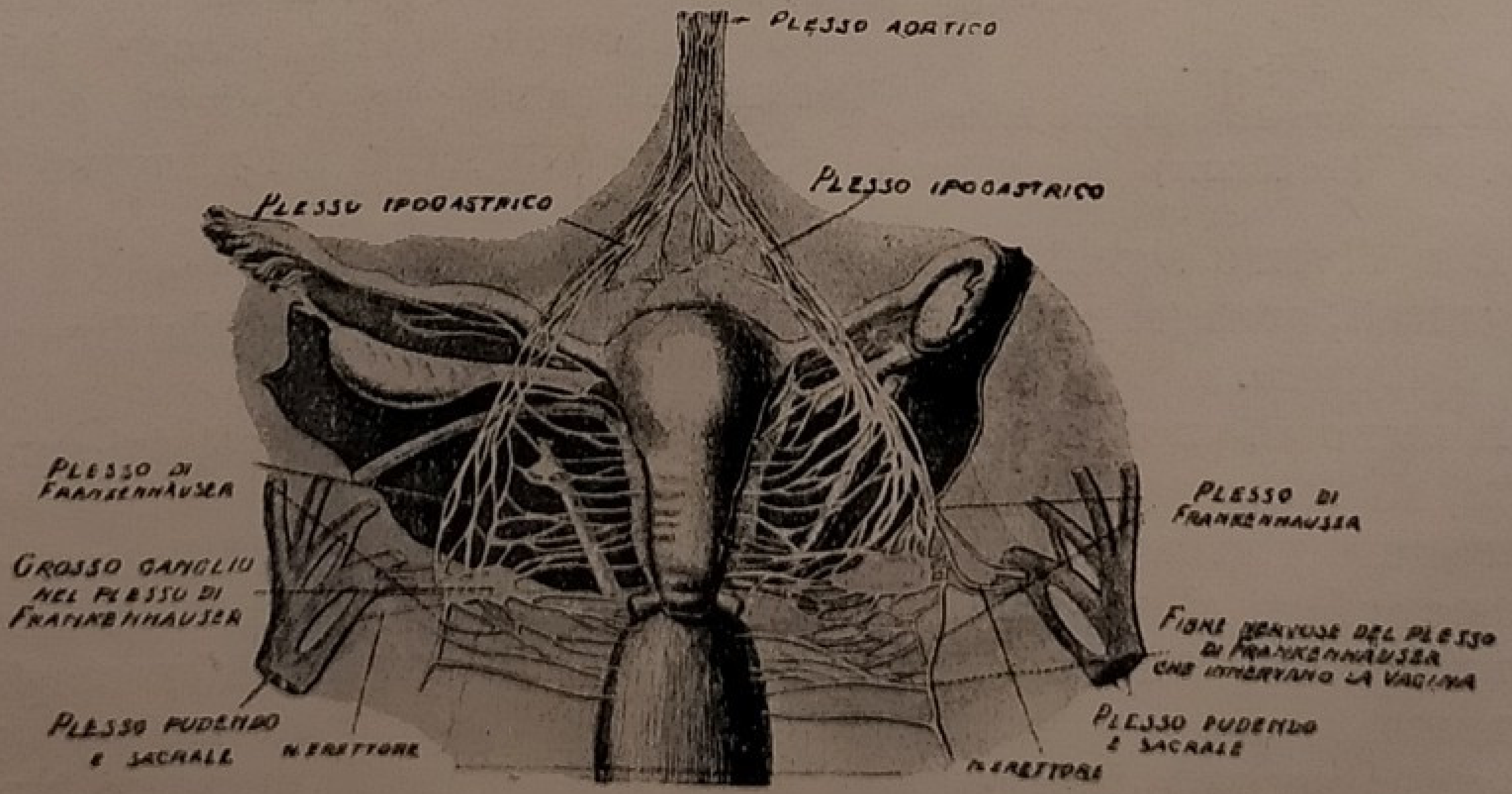


FIG. 69. – Innervazione genitale (da DAHL).

CENNI DI PATOLOGIA GENITALE

Malconformazioni dei genitali esterni.

Premettiamo qualche cenno su una anomalia, che non rientra in verità nel gruppo delle malconformazioni, ma che con queste è spesso scambiata dai famigliari o da qualche levatrice quando casualmente se ne accorgono. Si tratta di una specie di conglutinazione a livello delle piccole labbra, tale che a volte pare mancare l'ostio vulvare e l'imene; se si mantiene tesa la faccia interna delle grandi labbra si vede però facilmente assottigliarsi il presunto setto e cedere gradatamente permettendo alla vulva di riprendere il disegno normale, mettendo in luce l'imene in un piano più profondo. Questa conglutinazione si ha di solito nei primi anni, si accompagna a fatti di vulvite e a poca pulizia locale; tolto il possibile equivoco diagnostico di incompetenti, non presenta alcuna importanza; ottenuto il divaricamento delle piccole labbra sarà sufficiente una toilette genitale accurata a impedire il rinnovarsi della anomalia.

Fig. 70.
Conglutinazione delle piccole labbra (da Kelly).

Ben diverso significato assume la vera occlusione anatomica delle vie genitali, quale si può avere nei varî segmenti di esse, dall'imene al collo dell'utero.

A meno che non si consocino altre lesioni appariscenti dei genitali esterni, di solito tali impervietà cervicali, vaginali, imenali, vengono riconosciute piuttosto tardivamente, ossia dopo l'epoca della pubertà. Avviene infatti allora che in luogo della regolare perdita di sangue esterna si hanno crisi dolorose mensili, le quali derivano dal raccogliersi internamente del sangue. Si comprende che tale sintomatologia presuppone la normale funzione ovarica, e la presenza di un utero funzionante; si comprende ancora che all'inizio si avrà meno dolore di quando

il sangue abbia raggiunto quantità più rilevanti e che le crisi dolorose saranno sempre più acute man mano che il sangue non solo aumenta ma interessa nella distensione organi più sensibili.

Alla raccolta di sangue nella vagina si dà il nome di ematocolpo; ematometra è quella dell'utero; ma si arriva anche a degli ematosalpingi e sono state viste complicazioni di vario genere (torsione del peduncolo dell'ematosalpinge, reazioni peritoneali). La distensione dell'utero non è costante, manca a volte in raccolte enormi; mentre a volte vi partecipa precocemente.

FIG. 71. – Utero bicorne, con gravidanza tubarica a sinistra (da COVA).

Il sangue ritenuto si mantiene fluido e sterile fino a che non entri in comunicazione con l'ambiente esterno; è colloso, filante, per la mescolanza dei prodotti di secrezione delle ghiandole cervicali ed uterine; il colorito, è scuro cioccolatto, per le modificazioni della emoglobina.

La sintomatologia è dominata dal fatto dolore, che nei gradi avanzati rimane persistente, pur accentuandosi ad ogni ricorrenza mensile per il nuovo aggiungersi di sangue. Si ha anche, nei casi più accen-

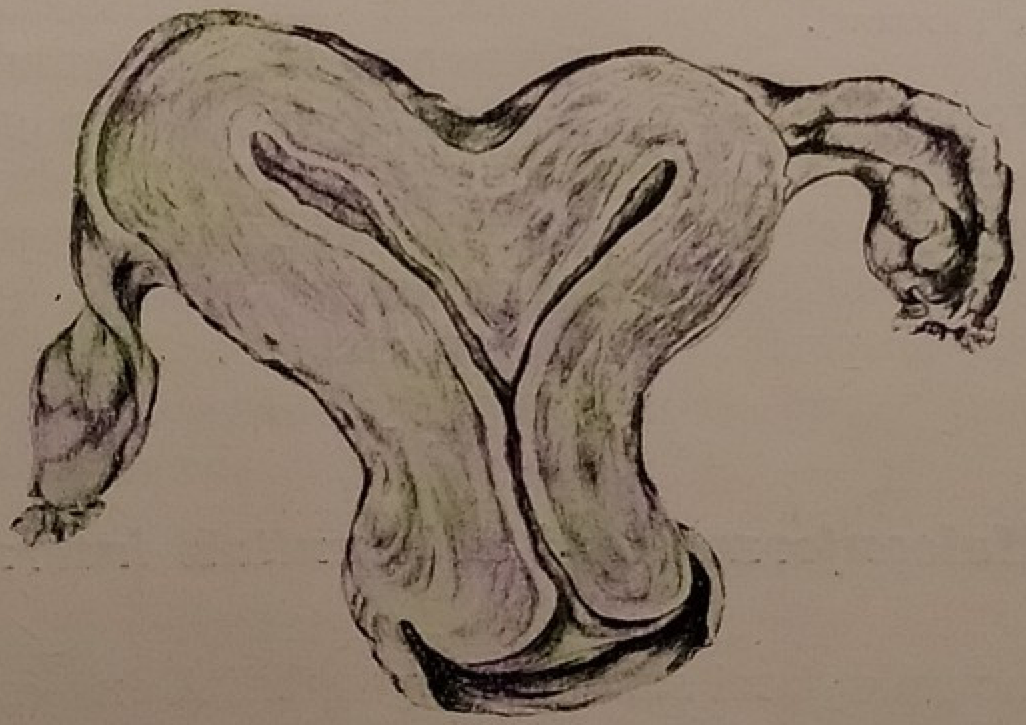


FIG. 72. – Utero bicorne unicolle (da JASCKE e PANKOW).

tuati, lo istituirsi di un colorito cutaneo subitterico per la emolisi. Talora già l'esame dell'addome fa percepire la istituita raccolta ematica.

La diagnosi è facile, purchè si pensi di fare l'esame vaginale che non va mai omesso di fronte a casi del genere.

Si tratterà di localizzare la sede dell'ostacolo, e la estensione, sopratutto nei riguardi della terapia, perchè a volte si ha solo una imperforazione dell'imene, in cui una semplicissima incisione risolve la situazione, mentre a volte la atresia vaginale è molto estesa, magari interessa tutta o gran parte di essa e allora di raro si può aprire una strada nuova o per lo meno, se si vuole che sia persistente, occorrono

accorgimenti tecnici particolari, non sempre facili: talora poi occorre seguire la via laparotomica.

La diagnosi di sede sarà facilitata dall'esame rettale col quale di fronte ad un ematocolpo potremo stabilire se la atresia vaginale interessi parte maggiore o minore di essa.

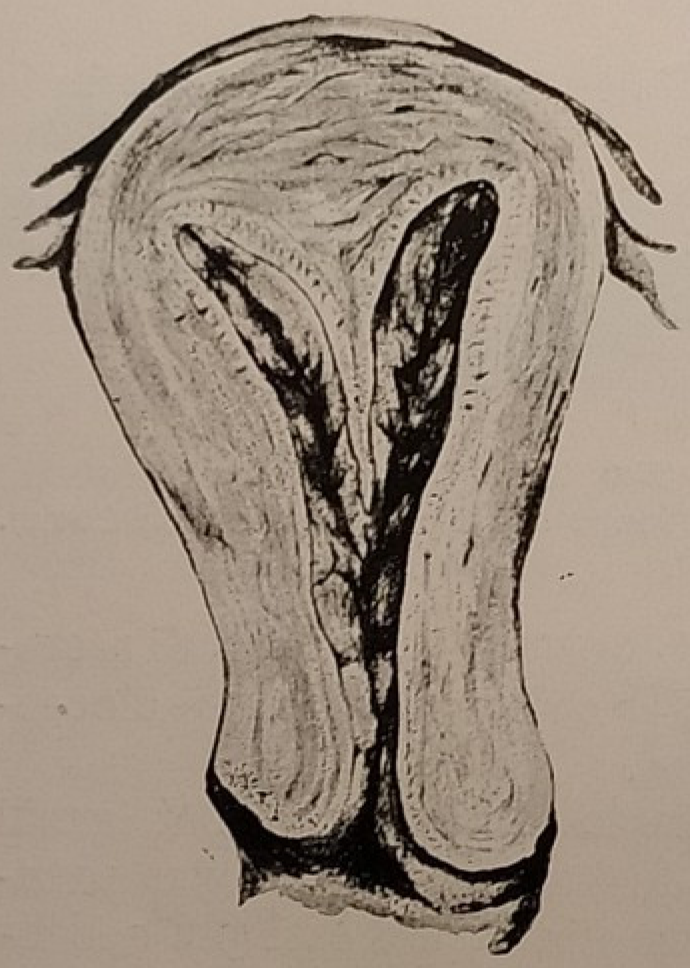


FIG. 73. – Utero subsepto (da JASCKE e PANKOW).

La atresia dei varî segmenti genitali può essere, invece che completa, parziale, allora di solito non manca la mestruazione e più spesso viene all'osservazione dopo il matrimonio, perchè motivo di ostacolato congiungimento o di sterilità. Così dicasi per altre malconformazioni, come l'imene cribriforme, i setti trasversali della vagina. La sede più frequente dei setti trasversali della vagina è all'unione fra il terzo superiore e il terzo medio si presentano come diaframmi trasversali forati al centro per un tratto più o meno ampio, si riconoscono per la mancanza dei fornici e per la mancata percezione del collo dell'utero.

Altre malconformazioni poi sono spesso reperti accidentali in un esame ginecologico, così p. e. per i setti longitudinali e in genere le duplicità vaginali e cervicali. L'interesse delle anomalie di duplicità vaginale parziale o completa sta sopratutto nel poter esse rappresentare una guida a sospettare delle malconformazioni profonde che meno facilmente sarebbero sospettate senza pensarci (1).

Malconformazioni dei genitali interni.

È superfluo indugiarci sulle varie possibilità anatomiche: i ricordi di embriologia sui processi normali di canalizzazione dei primitivi cordoni pieni e di fusione dei due tubi di Muller ci rendono facile l'interpretare la genesi e la varietà delle singole forme secondo che canalizzazione e fusione siano mancate o incomplete a questo o quel livello. Ci limitiamo a elencare e raffigurare le forme meno rare:

utero doppio o didelfo (accompagnato anche a vagina doppia: è stato visto solo in feti mostruosi);

---

(1) Molte volte infatti si tratta di reperti accidentali operatori e la diagnosi era stata di tumore o di flogosi annessiale; specialmente in caso di corno rudimentario di un utero bicorne.

utero bicorne, bicolle; coesiste spesso vagina doppia o setto vaginale parziale;

utero bicorne, unicolle;

utero subsepto;

utero arcuato;

utero unicorne;

utero unicorne con corno rudimentario pervio;

utero unicorne con corno rudimentario impervio.

Dal punto di vista della sintomatologia in molte forme essa è muta, e sopravviene, sia con complicazioni, sia con possibilità di errori diagnostici, nei rapporti con lo stato gravidico, o rendendo meno facile la gravidanza, favorendo aborti, parti prematuri, presentazioni anormali, fino alla rottura spontanea dell'utero. La forma più pericolosa è quella che si indovi nel corno rudimentario: il contegno non è diverso da quello di una gravidanza extrauterina. Questa ultima anomalia è motivo di sofferenza anche fuori dello stato gravidico, se la mucosa di rivestimento funzioni, dando un periodico efflusso sanguigno che finirà per distendere dolorosamente il corno impervio; sono facili gli errori diagnostici quando a indirizzarci non coesista qualche anomalia dei genitali esterni.

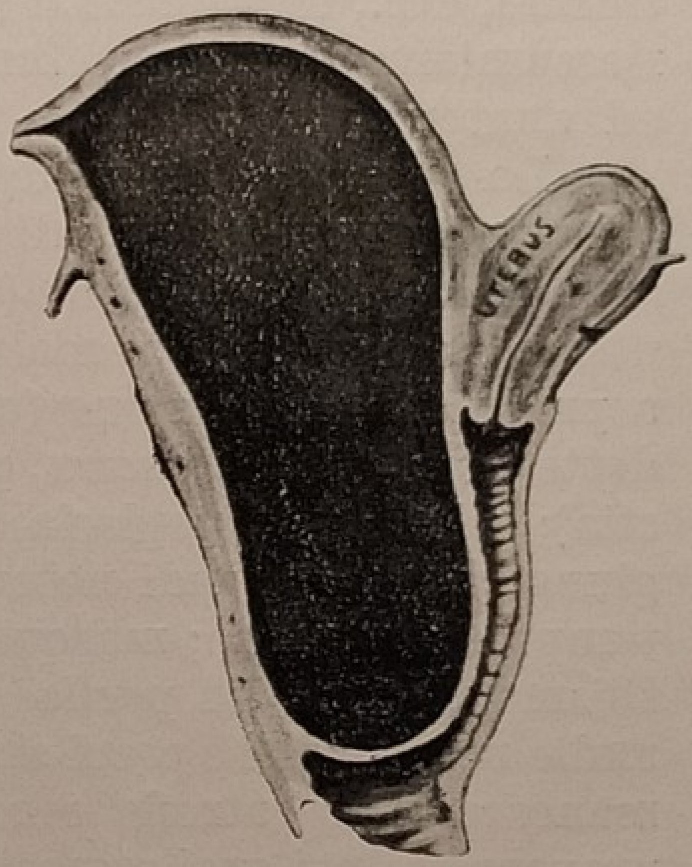


FIG. 74. – Ematometra in un corno rudimentario (da MONTGOMERY).

Rammentare sempre, dal lato clinico, che facile compagna della anomalia genitale è l'anomalia dell'apparato urinario: è frequente trovare un rene unico quando si ha un utero bicorne o unicorne.

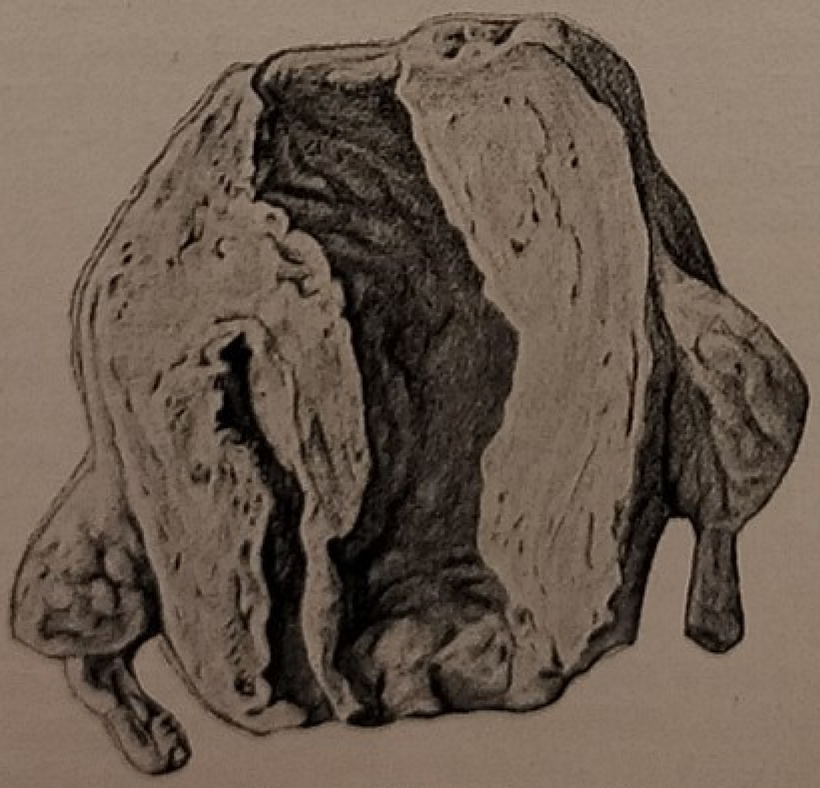


FIG. 75. – Utero biloculare, rottosi al fondo, in gravidanza (da MICHELI).

FIG. 76. – Pseudoermafroditismo. (*Clinica Ost. Gin. di Bari*)

Fra le altre malconformazioni accenniamo appena alla mancanza delle ovaie (nei feti mostruosi) alle distopie e atrofie loro (1), alla mancanza o alla rudimentalità dell'utero.

Nè è il caso di soffermarsi su le anomalie esterne, culminanti nelle forme di pseudoermafroditismo, largamente trattate nella medicina legale; e nemmeno sulle forme di ipospadia, estrofia vescicale, ecc. (2).

Ipoplasia uterina.

In più capitoli, si parla di deficiente sviluppo dell'utero, di infantilismo, ecc., sopratutto a proposito della dismenorrea e della sterilità; riassumiamo qui i punti fondamentali, sopratutto dal lato patogenetico ed anatomico.

Lo scarso sviluppo dell'utero può essere primitivo o secondario. C'è una forma fisiologica di atrofia ed è quella che segue alla menopausa, spontanea od artificiale (ovariectomia, raggi X). C'è una ipotrofia uterina secondaria a malattie generali esaurienti, a cattiva igiene, a profonda denutrizione (quale si vide p. es. accompagnarsi alle cosidette *amenorree di guerra*, presso le popolazioni più provate dalla carestia); c'è una ipoplasia uterina legata all'allattamento e che può giungere fino a gradi notevoli, quando esso sia prolungato per troppo tempo oltre l'anno; ma quello che sopratutto interessa è il vero infantilismo uterino, sia per la frequenza, che per la genesi, che per le anomalie morfologiche a cui si suole accompagnare, mentre queste sogliono mancare nelle atrofie secondarie, in cui l'utero conserva le normali proporzioni nei suoi segmenti, pur potendo divenire molto piccolo.

---

(1) La mancanza completa delle ovaie è stata riscontrata solo in mostri non vitali; è possibile invece la mancanza o l'aplasia estrema unilaterale; anomalie di volume si possono avere già nella vita intrauterina, non solo per semplici isolati follicoli cistici ma per produzioni policistiche anche di discreto volume, talora anche accompagnate a torsione sul peduncolo. Fra le alterazioni di posizione dell'ovaio ricordiamo le *ernie* ed il *prolasso;* l'ovaio è stato sopratutto riscontrato nelle ernie inguinali, più di rado nella crurale; di solito tali ernie ovariche si rendono manifeste nell'epoca della pubertà e presentano modificazioni mestruali.

Il prolasso dell'ovaio accompagna spesso le retroflessioni dell'utero, ma talora è indipendente da esse; per un allungamento notevole del legamento utero–ovarico, oppure in conseguenza di processi inflammatori, le ovaie possono trovarsi fino al fondo del Douglas; ne derivano, specialmente nelle forme flogistiche, dolori, sopratutto nel coito, nella defecazione, nella mestruazione, nei movimenti.

(2) Sono rari i casi di sopravvivenza nelle estrofie complete non operabili o non operate. In una donna che era stata operata da bambina e che conservava un tipico bacino fesso, ebbi occasione, a Roma, di eseguire un taglio cesareo, demolitore: l'utero aveva una strana forma, a dirigibile, si potrebbe dire. Un caso più grave ho veduto in questi giorni – si tratta di una giovane con estrofia completa, costretta a portare un apparecchio di contenzione e che è rimasta gravida – ora al IV mese già si era manifestato un prolasso dell'utero tale da inceppare la deambulazione e un ginecologo procedette, senz'altro attendere, alla isterectomia.

Le ipoplasie primarie possono derivare da originali difetti di sviluppo, ma più spesso sono conseguenza di processi distrofici o flogistici, che agiscono nel periodo che va dalla nascita fino alla pubertà.

Si sa che l'utero fetale è caratterizzato da uno sviluppo notevole del collo in confronto del corpo; il quale rappresenta appena un terzo di tutto il viscere; è inoltre caratteristico l'aspetto dell'orificio esterno, beante e con multiple incisure; sono molto accentuate le pliche dell'*arbor vitae* cervicale; si sa anche che al momento della nascita l'utero è andato incontro ad un discreto stato d'iperplasia con produzione di molto muco denso cervicale ed è ben noto che esso va poi incontro ad un processo di involuzione nei primi tempi della nascita (v. pag. 81) per modo che l'utero, nelle bambine di più mesi ed anche di un anno, suole essere più piccolo di quello di una neonata. Questa conoscenza è importante perchè ci dimostra che già in quest'epoca potrebbero intervenire fattori dannosi a turbare codesti processi di involuzione, per esempio negli stati di denutrizione da cattivo allattamento, da malattie intestinali, da infezioni nei primi mesi.

Fattori distrofici possono poi farsi sentire in tutto il lungo periodo che va fino alla pubertà e nei primi anni di questa, quando l'utero deve acquistare la forma e le dimensioni della maturità (il corpo diventando più lungo del collo; questo tondeggiante con un orificio esterno piccolo, circolare con un lieve angolo di flessione fra corpo e collo, aperto in avanti; pure la vagina aumenta di profondità mentre l'utero portandosi in avanti, viene a disporre il suo asse ad angolo retto con la vagina).

Ora, quando manchi la normale evoluzione dell'utero, può persistere un collo troppo voluminoso, in confronto col corpo; l'angolo di flessione può essere così accentuato che l'utero sembra quasi piegato in due; la vagina può rimanere breve e manca la divergenza fra essa e l'asse uterino.

Sono possibili tutte le varietà anatomiche, nel volume dell'utero, nel grado di flessione, nella direzione di questa (antiflessione, retroflessione), nella direzione dell'asse (antiversione, retroversione); è poi quasi costante una riduzione del lume dell'orificio interno (stenosi cervicale alta), sia reale e in rapporto anche alla rigidità dei tessuti che suole aversi in questi casi, sia in parte relativa, dovuta alla esagerazione dell'angolo di flessione del collo. Molte volte concorre a dare il senso della stenosi durante l'isterometria la presenza di esuberanti pliche mucose, le quali formano quasi delle ripiegature valvolari, permettendo bene il deflusso del sangue dall'interno, mentre ostacolano il progredire della sonda e forse anche difficultano il risalire degli spermatozoi. Meno frequente è la stenosi dell'orificio esterno, che in rari casi è così puntiforme da non permettere nemmeno il passaggio della sonda.

(Queste stenosi cervicali, che si sogliono dire congenite, per quanto si producano nella evoluzione prepuberale e puberale dell'utero, vanno nettamente distinte dalle stenosi acquisite, secondarie a processi flogistici settici o specifici o a causticazioni locali).

Di solito i gradi più marcati di ipoplasia uterina, si associano a ipoplasia ovarica (1) e non mancano casi in cui la deficiente secrezione interna ovarica è palese nei caratteri sessuali secondari, sopratutto per i riguardi del sistema pilifero.

Spesso l'infantilismo uterino si associa ad un infantilismo generale, ma sono ben numerosi i casi in cui lo sviluppo scheletrico è buono ed anche eccessivo; ci sono delle donne esageratamente alte, talora con tendenza a polisarcia, con regolari caratteri sessuali secondari, ma che hanno una manifesta deficienza nello sviluppo dell'apparato genitale. Non sempre del resto la aplasia uterina è compagna alla aplasia ovarica; ci sono casi che potremmo dire di dissociazione utero-ovarica, casi cioè di disarmonie anatomiche e funzionali. Talora possono essere primarie, congenite, talora, più spesso, in relazione a processi morbosi o distrofici che si siano fatti sentire più sull'uno che sull'altro organo.

Ad ogni modo l'osservazione clinica tende a far vedere più spesso prevalente l'azione ovarica in caso di ipoplasia uterina che non viceversa; allora si tratta per lo più di ipoplasie secondarie a processi infiammatori uterini, quasi sempre di natura tubercolare: questi possono portare fino alla atresia uterina, con amenorrea primaria permanente, mentre l'ovaio può essere regolarmente sviluppato e rimanere indenne.

Lo stimolo ovarico persistente potrebbe avere anche dannose ripercussioni nel senso di favorire lo sviluppo di fibromi dell'utero. Certo sono tutt'altro che rari i casi di uteri già battezzati come infantili, ipoplasici, e che poi sono divenuti sede di fibromi anche voluminosi.

Un'altra conseguenza clinica, più facile a vedere, è la mestruazione eccessivamente abbondante, pur con l'utero piccolo, aplasico. Sono uteri ipotonici, in cui manca la facilità alla emostasi, mentre la stimolazione congestizia ovarica è esuberante. Se invece l'aplasia ovarica si associ a quella uterina abbiamo più facilmente le varie forme di oligomenorrea, o di vera amenorrea, nei casi più spiccati.

Comunque il problema della ipoplasia uterina non va mai preso isolato, ma riportato nel quadro clinico complessivo della costituzione generale. Risulterà allora che il fattore meccanico ha molta minore dignità clinica di quanta gli suole attribuire il medico pratico, concetto questo che già è stato prospettato in più punti e in altri lo sarà ancora, sicchè qui non si insiste di più. Così non è il caso di ripetere le conseguenze della ipoplasia sulla mestruazione, sulla dismenorrea, sulla sterilità; nè di insistere sulla associazione abituale dei vari elementi: stenosi del collo, antiflessione esagerata, ipoplasia, ecc.

(1) Circa all'ovaio ci si deve riferire all'attività sua funzionale, piuttosto che alle dimensioni; queste possono talora essere superiori alla norma, eppure la funzione ovarica risulta deficiente; lo vediamo nei casi in cui c'è una disordinata produzione contemporanea di molti follicoli cistici senza processi regolari di atresia o di maturazione, ossia in quella speciale forma anatomica di cosidetta ovarite sclerocistica.

Ciò che si vede ai genitali esterni.

Passiamo qui in rapida rassegna, quasi a guisa di un elenco, le lesioni e malattie dei genitali esterni, che non trovano un cenno in altri capitoli (1).

Ricordiamo:

le variazioni morfologiche delle piccole labbra (esuberanti talora, anche senza arrivare al noto grembiule delle ottentotte, e spesso in rapporto con pratiche masturbatrici);

le variazioni di sviluppo della clitoride che nei casi particolarmente abnormi può arrivare a simulare un pene in miniatura portando

FIG. 77. – Un imene anulare di vergine.

ad equivoci diagnostici un osservatore affrettato, nel momento della nascita;

la distanza variabile della clitoride dal meato urinario, nella quale si volle vedere una ragione della diversa intensità del piacere sessuale (massimo se la distanza è piccola e viceversa, fino all'assenza se oltre i 3-5 cm.);

le varietà dell'imene, la persistenza di esso, ecc., con i problemi relativi (vedansi i trattati medico legali).

le modificazioni a livello del meato uretrale: nei fatti flogistici uretrali esso è tumido, arrossato, coperto di secrezione purisimile; la mucosa uretrale può fare sporgenza o su tutto o su parte del contorno, assumendo allora un aspetto arrossato e divenendo spesso sanguinante

(1) Molte lesioni dei genitali esterni interessano più il dermosifilografo che non il ginecologo: vedansi perciò i trattati speciali.

(questi prolassi della mucosa uretrale accompagnano spesso il prolasso dell'utero). Il prolasso dell'uretra si osserva specialmente nelle bambine e nelle vecchie o totale o parziale; la mucosa prolassata può ulcerarsi e allora compare il sangue e c'è bruciore nella minzione.

FIG. 78. – Imene biloculare (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Ci può essere anche un prolasso dell'uretere, che fu visto affacciarsi oltre l'uretra.

Un reperto anche frequente, sopratutto nell'età avanzata, è quello di piccoli polipi occupanti il meato, o sporgenti penduli da esso, che sono causa di disturbi nella minzione e di perdite sanguigne;

l'*ano vestibolare*, quando l'apertura del retto si faccia a livello *della vulva*; si tratta di un difetto di sviluppo del setto uro–rettale.

Nei casi più gravi il difetto di sviluppo può essere tale da riprodurre lo stadio della cloaca, quando ci sia l'associazione di un ano vulvare con ipospadia.

La presenza di *tumori benigni o maligni;* fra quelli il fibroma e il lipoma, penduli per lo più dalle grandi labbra, e differenziabili per la consistenza; fra questi il cancro e il sarcoma.

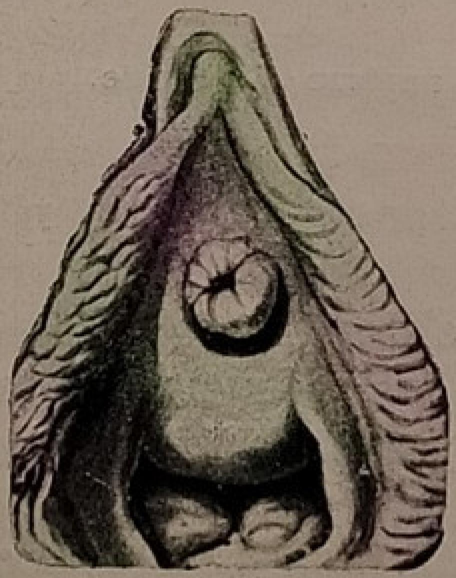


FIG. 79. – Prolasso della mucosa uretrale (da MONTGOMERY).

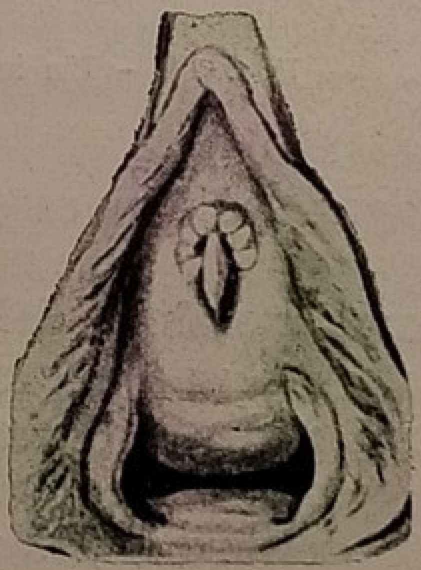


FIG. 80. – Polipetto uretrale (da MONTGOMERY).

Il fibroma si origina per lo più dagli elementi del legamento rotondo; quando raggiunge notevoli dimensioni, si peducolizza (*mollusco fibrosum pendulum*).

Il *cancro della vulva* è per lo più localizzato alla clitoride, attorno al meato urinario, alle piccole labbra. Si presenta come un'ulcera

a fondo duro, rigido, a margini netti, tagliati a picco, facilmente sanguinante, con secrezione presto saniosa.

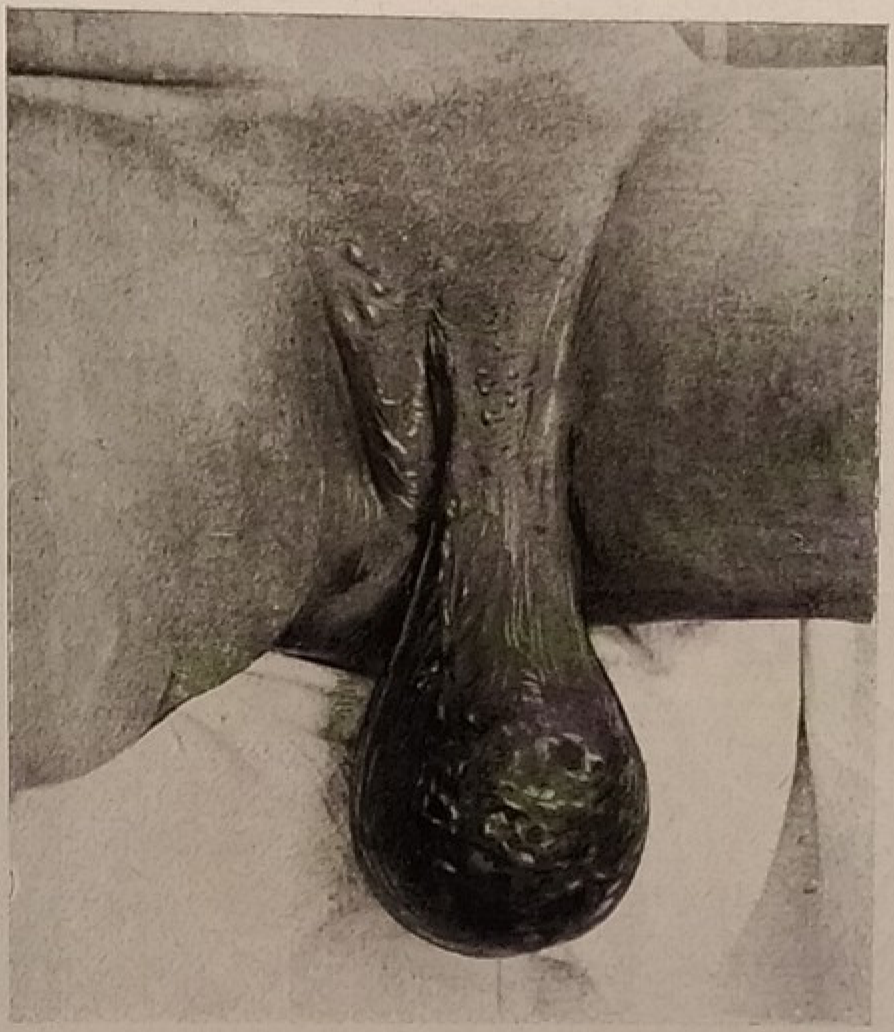


Fig. 81.
Fibroma pendulo del grande labbro.

Del sarcoma rammentare la possibilità di una forma melanotica, all'inizio dell'aspetto di un neo pigmentato.

Fig. 82.
Cancro della clitoride, con un nodo da innesto al piccolo labbro (*Clinica Ost. Gin. di Bari*)

Nelle forme iniziali può occorrere l'esame istologico per accertare la diagnosi; non più quando ormai il cancro abbia invaso, come fa,

gran parte della vulva; ad ogni modo va ricordata la possibilità di un *ulcus rodens vulvae* o *estiomene.*

Tumori solidi o cistici a livello del monte di Venere a carico del legamento rotondo.

Un'ernia inguinale, che si spinga nel grande labbro (ingrandisce nello sforzo, nella tosse; scompare nella posizione orizzontale o si riduce con la pressione; ha consistenza molle compressibile, suono chiaro).

Estiomene. — Si dà questo nome a un'ulcerazione irregolare serpiginosa a margini duri che invade con decorso lento e progressivo

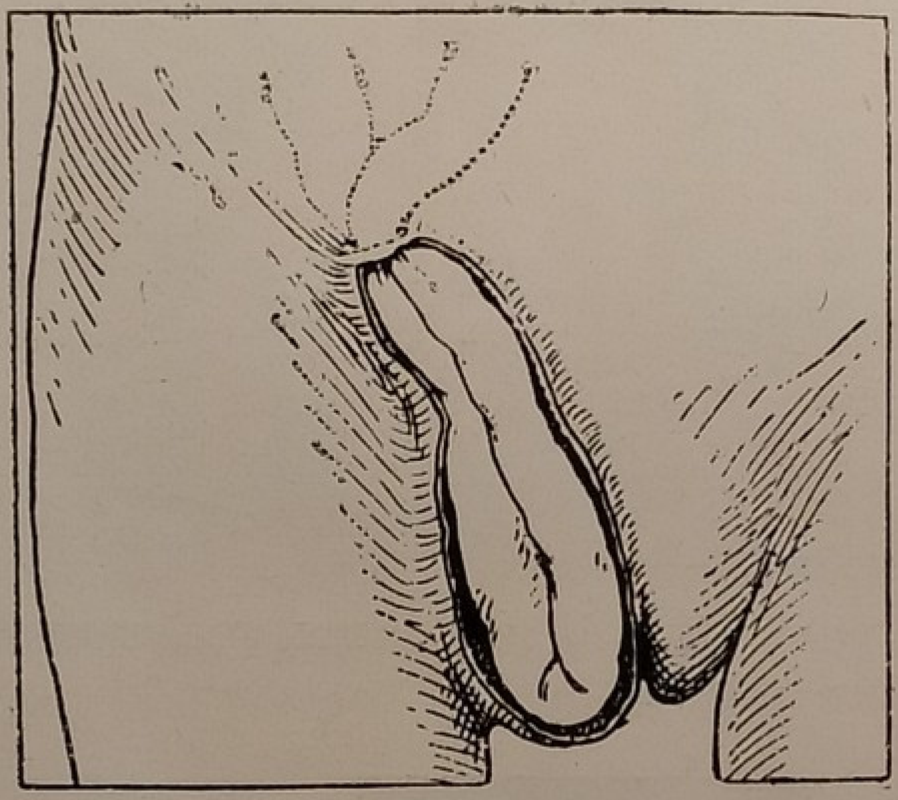


FIG. 83.
Ernia del grande labbro d. (da CROSSEN).

FIG. 84.
Kraurosi (da WEIBEL).

parti sempre più estese della vulva; si manifesta nell'età feconda, si accompagna a stati di decadimento organico ed è interpretata dai più come di origine tubercolare venendo paragonata ad una specie di *lupus;* la diagnosi si fa per esclusione; la *lues,* il cancro, saranno differenziati con la Wassermann, con l'esame batterioscopico e istologico.

Kraurosi della vulva. — Si presenta come un'atrofia con sclerosi della cute della vulva, che acquista un colorito pallido, grigiastro; può estendersi alla fine anche in vagina, determinandone la stenosi; si accompagna talora a prurito o a senso di tensione; c'è sempre dolore prima, poi impossibilità al coito, si ha nelle donne anziane, o dopo la menopausa, anche chirurgica.

Elefantiasi. — È una iperplasia del connettivo sottocutaneo e della cute; l'aspetto è di solito mammellonato, lardaceo, al taglio ne geme liquido sieroso. Nei casi più estesi si arriva ad ulcerazioni della cute. Talora si limita alle grandi labbra e può arrivare fino a metà coscia. La forma più spiccata si vede specialmente, in certi paesi, Egitto, India, ed è messa in rapporto con la filaria. Forme meno accentuate il più spesso limitate alle piccole labbra si possono anche avere in rapporto con la masturbazione, con l'edema cronico locale, con la sifilide.

Leucoplasia vulvare. — Caratterizzata da placche bianche (dall'ipercheratosi) che prediligono le donne anziane artritiche, diabetiche. Si accompagnano spesso a prurito. Isolate all'inizio e piccole tendono ad estendersi ed a confluire; in qualche caso (come succede per leuco-

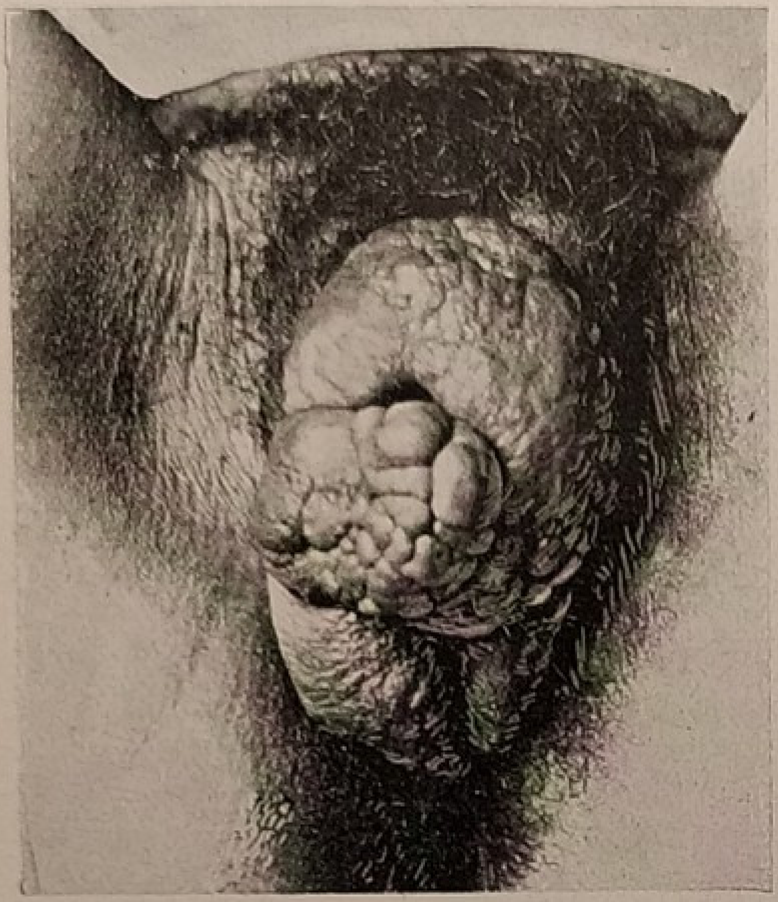


Fig. 85. – Elefantiasi.

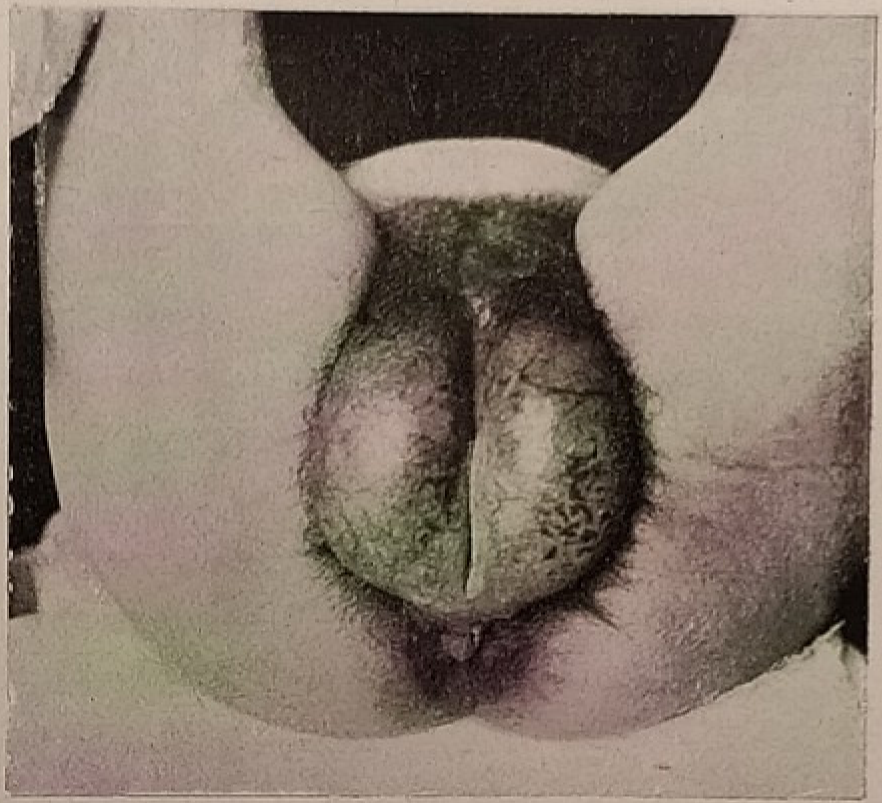


Fig. 86. – Edema vulvare.

plasia buccale) precedono un epitelioma; sede di elezione le piccole labbra; è risparmiato di solito il vestibolo;

Edema della vulva. — Nelle malattie generali (nefrite, cardiopatia), nella gravidanza, in parto, per processi flogistici acuti vulvari, o della gh. di Bartolini. Unilaterale come segno di parametrite o di trombosi.

Idrocele. — Raccolta sierosa in un diverticolo peritoneale lungo il legamento rotondo fino al grande labbro, quando il processo peritoneale non si obliteri. Si differenzia dall'*ernia* perchè manca l'impulso nella tosse, dà suono ottuso, è trasparente alla luce; dal lipoma perchè questo è lobulato, opaco alla luce; dal fibroma del legamento rotondo per la durezza.

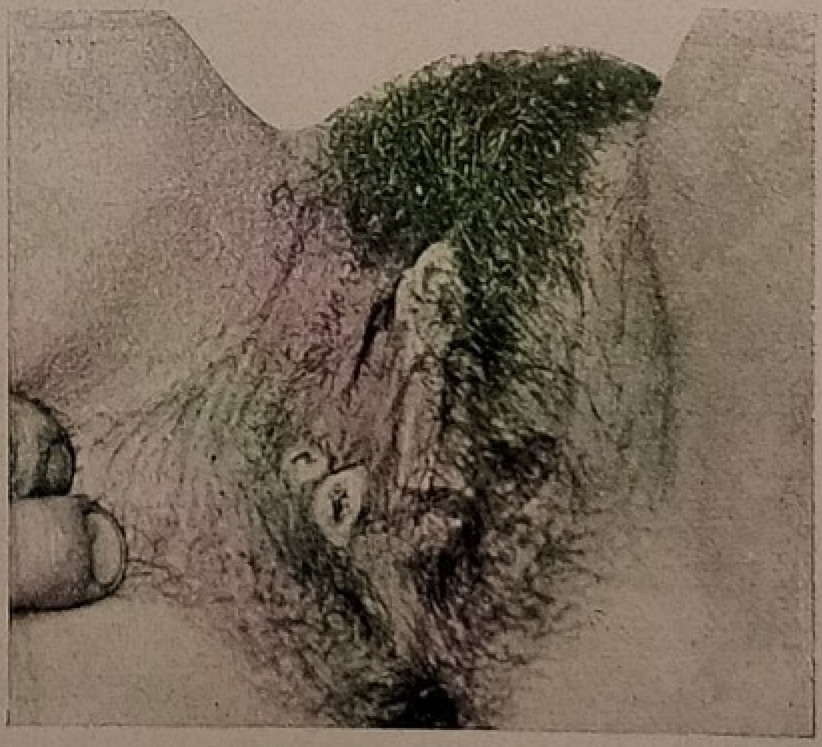


Fig. 87. – Ulceri molli (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Ematomi. — Rari fuori dello stato puerperale; di evidente diagnosi.

L'ulcera molle. — Rotonda, margini netti, secernente, spesso multipla e accompagnata da lesione dei gangli inguinali (a volte il derma nel fondo presenta iperplasia delle papille).

Bartolinite. — Per lo più da gonococco, di raro da altri piogeni, è caratterizzata da aumento di volume del grande labbro con dolore

e febbre. Il volume può giungere oltre quello di un uovo, la lesione è spesso bilaterale se pur prevalente da un lato, più che dall'altro. L'andamento può diventare lungo negli svuotamenti spontanei non completi, con riacutizzazioni frequenti.

Condilomi acuminati: le volgari creste di gallo; ipertrofie più o meno accentuate e diffuse delle papille, che si hanno negli stati irritativi cronici o più di solito nella blenorragia.

Cisti del Bartolini. — Dovuta ad ostruzione del condotto escretore, occupa la base del piccolo labbro, poi crescendo deforma anche

FIG. 88. – Cisti vaginale laterale (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

il grande labbro; ha evoluzione lenta, forma tondeggiante, consistenza cistica. Di solito la cute scorre con facilità mentre la mucosa è aderente. Il contenuto è per lo più filante.

Altre cisti svariate di dimensioni, sierose, colloidi, dermoidi, si trovano anche nel solco fra grandi e piccole labbra, al contorno della vulva.

Cisti vaginali. — Di dimensioni variabili, fino oltre a un uovo, ovulari, di raro multiple, fanno sporgenza nel lume vaginale, coperte dalla mucosa, assottigliata, aderente; possono risiedere alla parete anteriore o posteriore, contengono un liquido talvolta fluido, talvolta filante. Hanno l'epitelio cilindrico, talvolta stratificato. Per lo più derivano da arresti del canale di Wolff; ma possono anche essere di origine Mülleriana. Nessuna difficoltà diagnostica, di solito, solo in alcune localizzazioni anteriori può venire fatto a primo aspetto di pensare ad un cistocele o ad un rettocele. Ma la palpazione farà distinguere nettamente la massa cistica.

Si possono avere nella vagina anche tumori solidi fibromatosi, che possono raggiungere dimensioni notevoli e che vanno distinti dai fibromi uterini sottomucosi estrinsecati in vagina.

Meno frequente è il cancro primitivo, meno ancora il sarcoma. Il cancro vaginale si presenta però con una certa frequenza, sotto

FIG. 89. – Cisti vaginale anteriore (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

forma di noduli metastatici nel cancro del corpo dell'utero, non diversamente da quanto avviene nel corion–epitelioma in cui sono appunto caratteristiche e frequenti le metastasi vaginali.

Spostamenti – Vizi di forma e di posizione dell'utero.

L'utero presenta delle deviazioni dalla sua forma regolare e dalla sua normale posizione, per condizioni varie, congenite o acquisite.

Riproduciamo qui uno schema da cui appare la configurazione e la posizione normale dell'utero nello scavo.

Possiamo avere *spostamenti* in toto *dell'utero* sia in alto che in basso, in avanti o indietro o lateralmente.

Uno spostamento in avanti è di solito dovuto alla presenza di tumori e di raccolte flogistiche od ematiche che si localizzino nel Douglas. Avviene spesso che si ha contemporaneamente uno stiramento verso l'alto e talora nella massa (neoplastica, ematica, flogistica), il corpo dell'utero non viene bene individualizzato e se ne può solo riconoscere la presenza anteriormente per un senso di maggiore resistenza o per il rilievo del fondo.

Una retroposizione dell'utero *in toto* trova di raro motivo in tumori situati al davanti dell'utero, più spesso è dovuta a postumi di processi flogistici; così pure processi flogistici, o in atto o postumi loro, troviamo a base di spostamenti laterali: negli spostamenti laterali intervengono pure le raccolte infralegamentose sia ematiche che flogistiche o neoplastiche. Una retroposizione talora accentuata può trovare la causa in una eccessiva distensione della vescica.

È possibile anche un sollevamento dell'utero per conseguenza di tumori che si sviluppino nel collo, nell'ematocolpo, nei miomi vaginali o espulsi in vagina dall'utero, in certi tumori del Douglas, ovvero può essere dovuto a postumi di interventi operativi, p. es. a isteropessi addominali o tagli cesarei con aderenze successive della cicatrice alla parete addominale; in tali casi è difficile raggiungere il collo dell'utero che si troverà al disopra della sinfisi del pube.

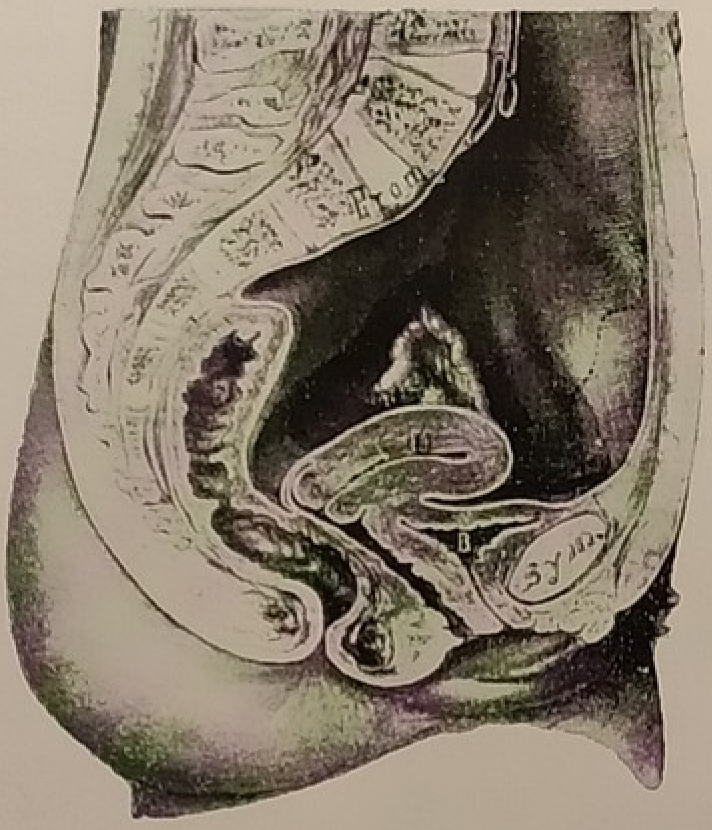


FIG. 90. – Forma e posizione dell'utero (da KELLY).

Più frequente è lo spostamento in basso, il prolasso cioè, e, anche indipendentemente dalla frequenza, esso acquista importanza per se stesso, laddove negli altri spostamenti la scena clinica è per lo più dominata dal fatto morboso che li determina.

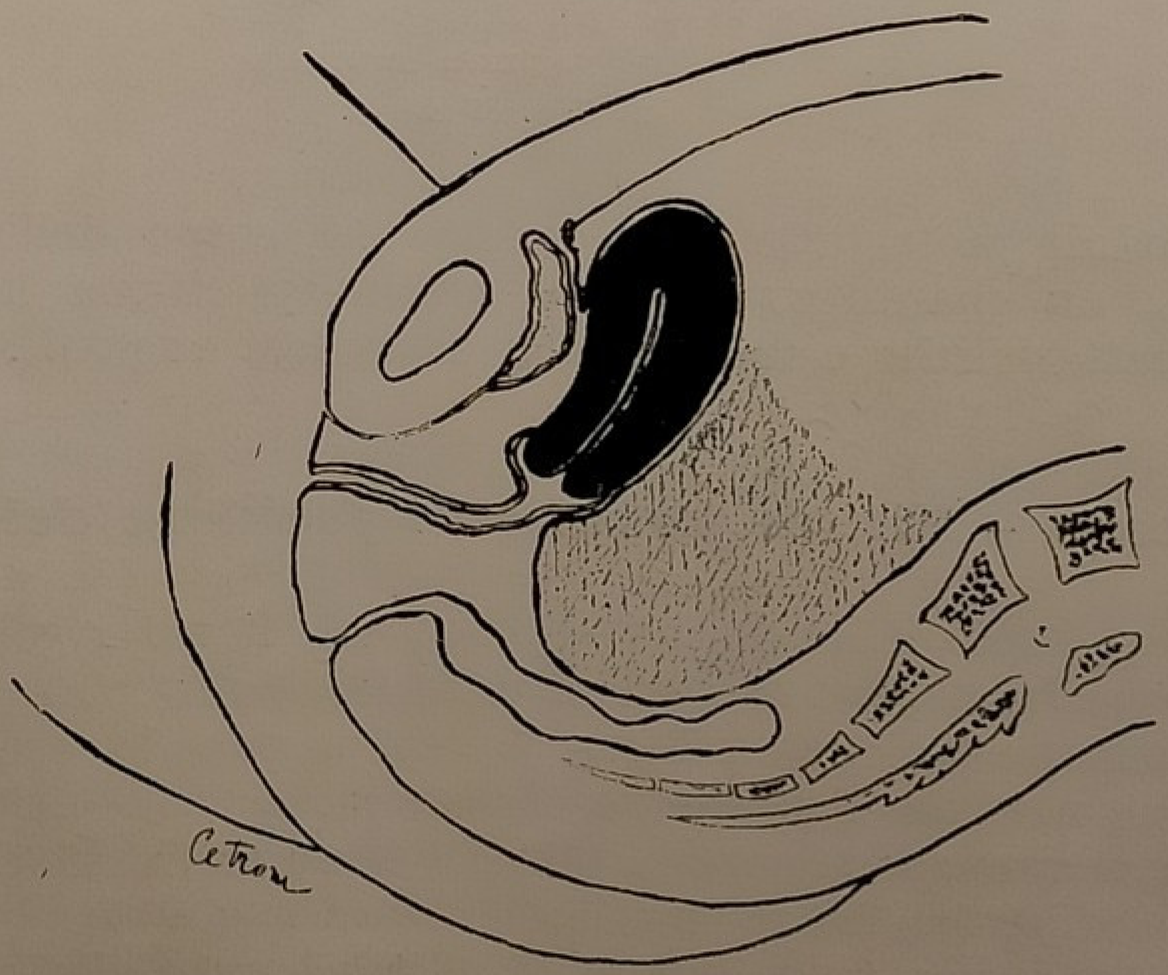


FIG. 91. – Anteposizione dell'utero per grossa raccolta nel Douglas.

Ci indugiamo quindi un po' su tale anomalia, accennando contemporaneamente al prolasso vaginale oltre che uterino.

Prolasso utero-vaginale.

Può interessare prevalentemente le pareti vaginali o l'utero stesso. Della vagina suole discendere più la parete anteriore che la posteriore.

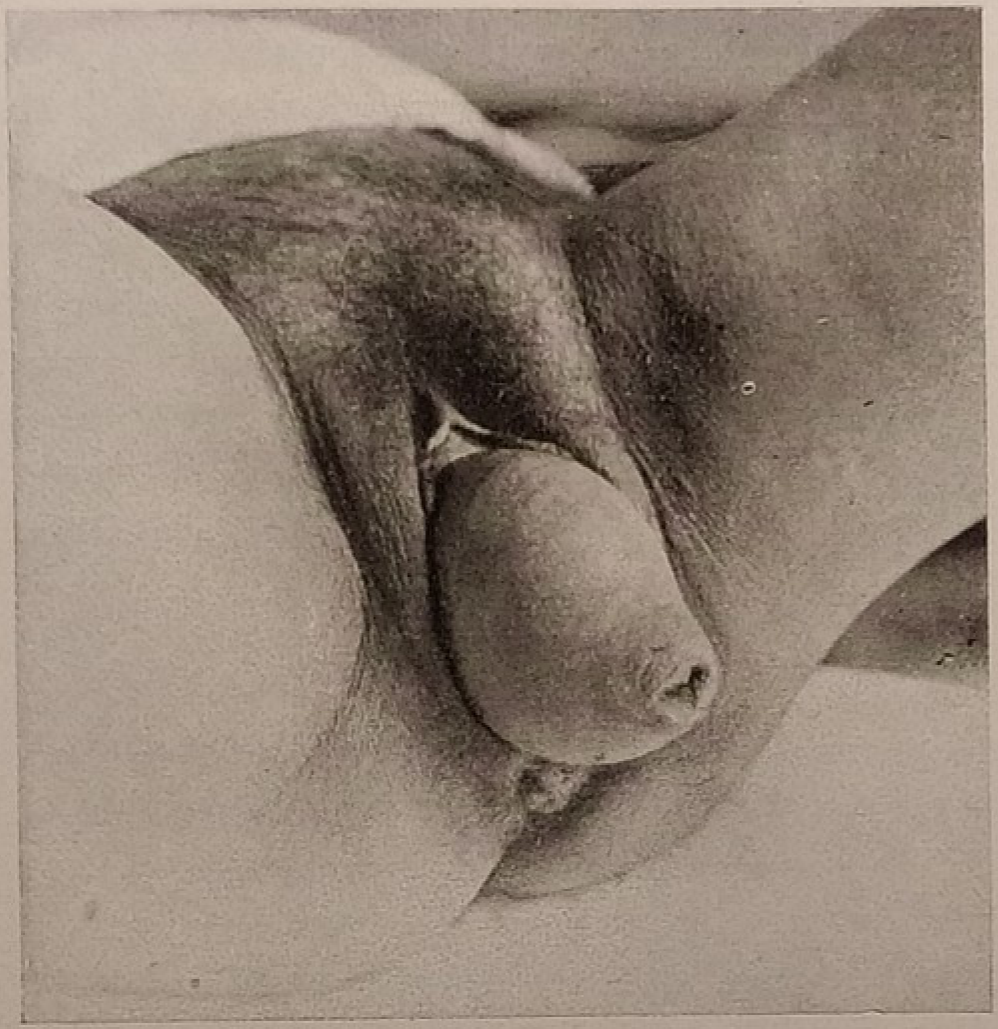


Fig. 92. – Prolasso completo con rovesciamento della vagina; evidente il rilievo della vescica sulla parete anteriore (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

In avanti entro la parete vaginale si insinua di solito la vescica e si parla perciò di *cistocele*. Posteriormente quando la parete vaginale

Fig. 93. – Prolasso dell'utero; ulcera da decubito sul collo (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

esuberante si abbassa, entro ad essa si insinua d'abitudine il retto: si parla perciò di *rettocele*.

Il cistocele è solito verificarsi sopratutto quando per le lacerazioni del piano perineale manchi alla parete vaginale anteriore il sostegno di esso. E per lo più al cistocele segue con grande frequenza l'abbassamento dell'utero *in toto*, che è progressivamente stirato in basso dall'accentuarsi del cistocele.

Si comprende che ci sono tanti stadi intermedi, da quello iniziale in cui un modico prolasso vaginale anteriore o posteriore o bilaterale si manifesta soltanto nella posizione eretta o sotto l'azione di uno sforzo

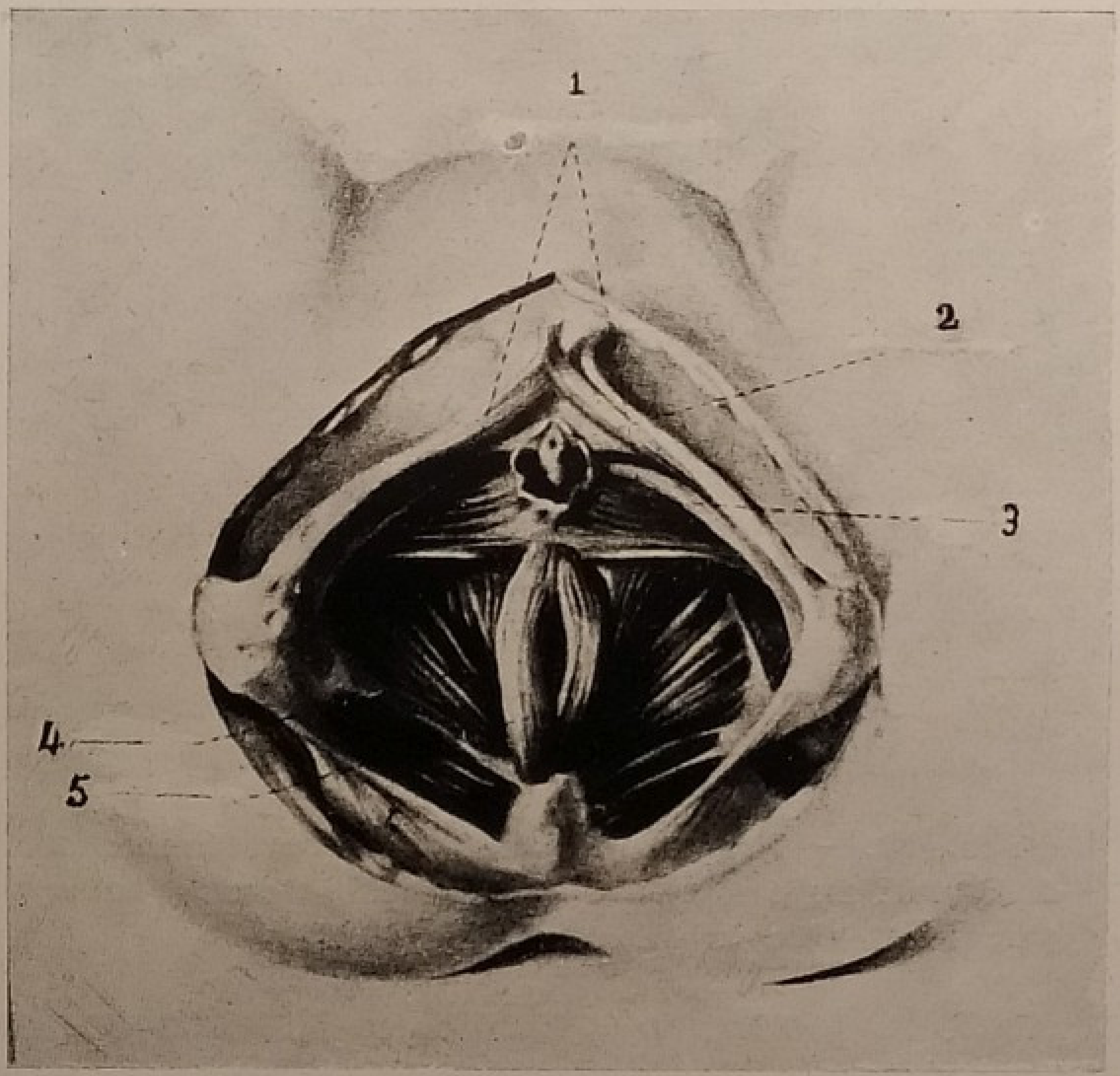


Fig. 94.

Il diaframma pelvico profondo (da Jaschke e Pankow):
1) diaframma uro-genitale;
2) uretra;
3) vagina;
4) elevatore dell'ano;
5) sfintere anale.

addominale, fino all'altro estremo in cui il collo dell'utero fuoriesce in pieno dai genitali esterni e la vagina è tutta rovesciata in fuori. In questi casi l'utero prolassandosi trascina con sè vescica, retto ed anse intestinali. Si parla allora di un prolasso completo dell'utero nella vagina rovesciata: si ha spesso un vero enterocele.

Non va confuso il prolasso dell'utero vero e proprio con un'altra forma morbosa che può dare apparentemente la stessa impressione ma che è fondamentalmente diversa, in quanto qui non si tratta di una discesa dell'utero *in toto*, ma di un vero e proprio allungamento della porzione vaginale o sopravaginale del collo dell'utero.

Questo ultimo tipo di allungamento ipertrofico del collo lo possiamo trovare anche in nullipare là dove invece il prolasso completo dell'utero nella vagina rovesciata è retaggio delle pluripare e sopratutto

di quelle con lacerazioni perineali o sfiancamento degli elevatori dell'ano (1). Certo giuoca una parte importante anche un fattore costituzionale, uno stato astenico muscolo-aponevrotico della pelvi, esponente locale di una *astenia universalis*. Tanto è ciò vero che, mentre possiamo

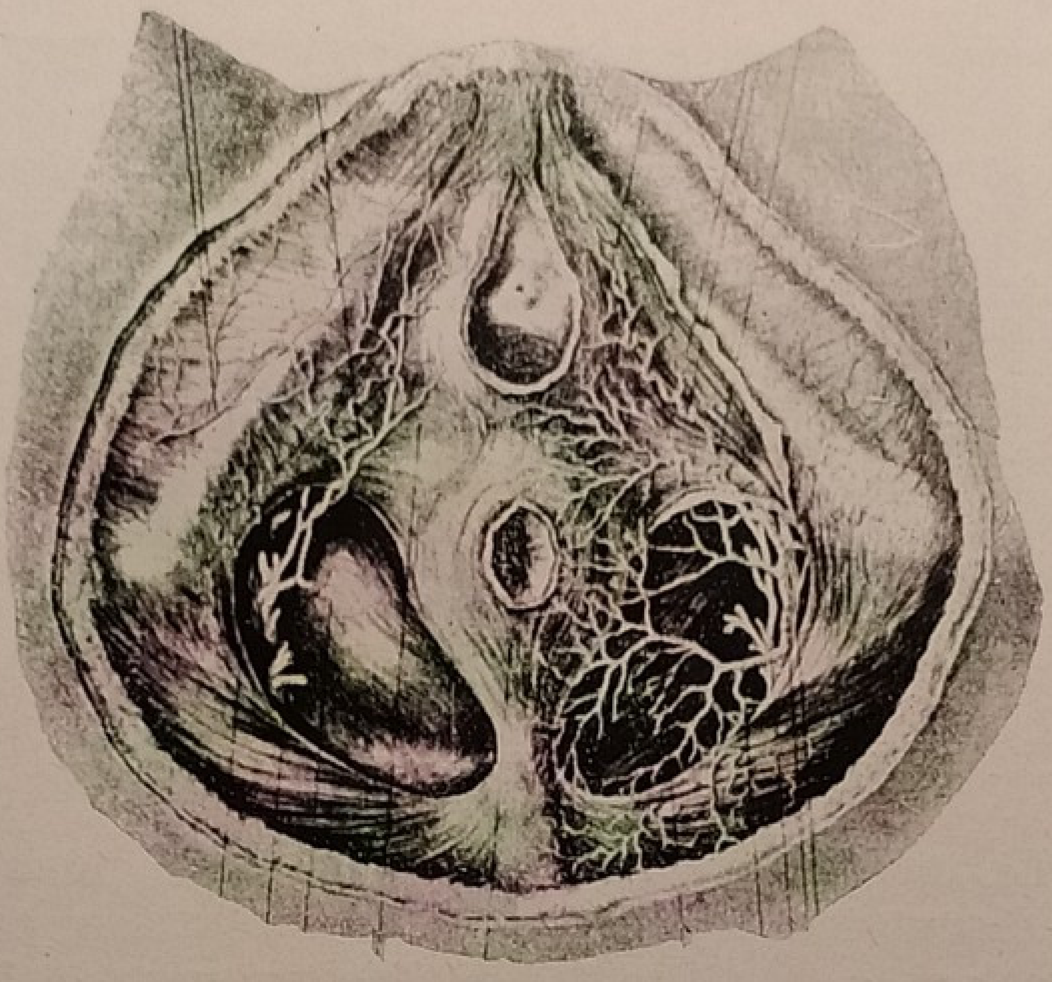


Fig. 95. – Il diaframma pelvico superficiale (da Deaver).

Si vedono distintamente il costrittore della vagina, lo sfintere esterno dell'ano; il trasverso superficiale del perineo; a sinistra è riprodotto il ricco sistema arterioso della emorroidaria inferiore e della pudenda.

vedere dei prolassi completi in donne con minime lesioni perineali, ci capiterà di non vederne in donne con lesioni anche estese del piano perineale.

È anche da rilevare che si consociano spesso fatti erniari, ptosi renale oltre che dei visceri addominali. Nei casi di prolasso completo, specialmente se ormai inveterati, si assiste spesso ad una specie di

(1) Il diaframma pelvico che contribuisce a mantenere in sito l'apparato genitale è costituito essenzialmente da fasci muscolari che partendo dalla faccia interna dello scavo si riuniscono sulla linea mediana in un rafe, che presenta tre aperture: per l'uretra, la vagina e il retto. Il muscolo più importante è l'elevatore dell'ano con i suoi fasci pubio-rettali, pubio-coccigei, ileo-coccigei, ischio-coccigei. Essi sono rafforzati dall'aponevrosi pelvica e superficialmente dal costrittore della vulva, dal costrittore dell'ano, dall'ischio-cavernoso, dal trasverso superficiale del perineo, dall'ano-coccigeo.

I mezzi di contenzione dell'utero (legamenti larghi, rotondi, utero-sacrali, connettivo parametrale vanno tutti incontro a rilasciamento nel momento del parto così come il diaframma pelvico. Se ne ha una prova nella facilità con cui vediamo affacciarsi alla vulva il collo dell'utero subito dopo il parto o spontaneamente o sotto una modica pressione dall'esterno.

Ma quando non siano avvenute lacerazioni estese e ricompaia il tono muscolare l'utero ritroverà i suoi naturali efficienti sostegni.

La perdita del tono muscolare può essere in rapporto con la costituzione astenica e troviamo questa perciò fra le condizioni che preparano il prolasso.

cutizzazione della mucosa del collo e della vagina. Altre volte sia come conseguenza di fatti distrofici, sia per trauma quale si può avere per l'attrito del collo contro la fasciatura di sostegno che queste donne talora portano, si formano delle ulcerazioni più o meno estese, più o meno profonde, con contorno spesso necrotico, con fondo per lo più

FIG. 96. – Allungamento ipertrofico del collo (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

sanguinante. Le indichiamo di abitudine sotto il nome di ulceri da decubito. La diagnosi differenziale con le ulcerazioni cancerose sifilitiche e tubercolari, è di solito facile. D'altra parte è bene ricordare

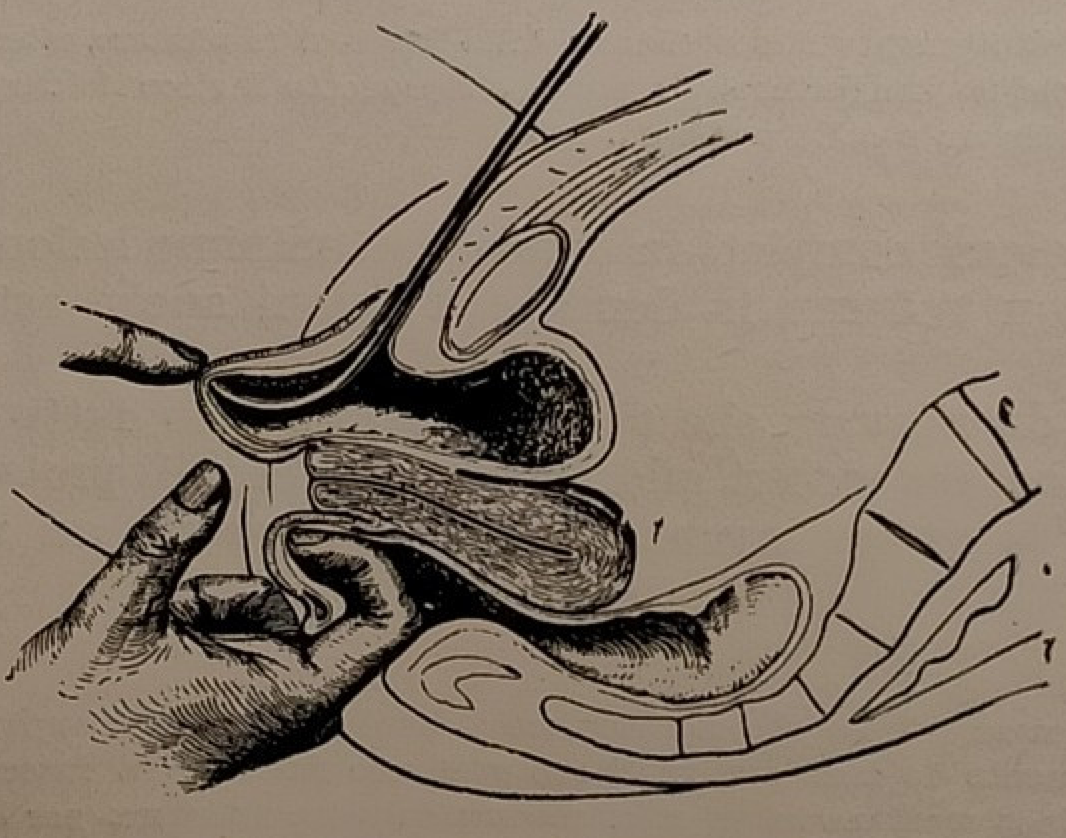


FIG. 97. – Cistocele e rettocele (da WEIBEL).

come sia stato da più Aa. rilevata la rarità estrema di cancri del collo in uteri prolassati.

Decisivo sarà in ogni modo il decorso della perdita di sostanza quando si mantenga ridotto l'utero con il riposo della donna in posizione orizzontale e magari anche con l'applicazione vaginale di batuffoli di ovatta impregnati in liquido di Dackin o in soluzione di Ringer.

In pochi giorni assistiamo allora all'epitelizzarsi rapido delle ulcerazioni. Soluzioni di continuo nei fornici laterali si vedono anche come

conseguenza dell'uso protratto di pessari a scopo di contenzione; ne deriva leucorrea, talora fetida, e dolore, cosicchè finalmente le donne stesse si accorgono che la cura col pessario è da abbandonare e si lasciano operare.

Il prolasso completo si associa spesso a ipertrofia longitudinale del collo: bisogna tenerne conto e ricercarla per trarne norma direttiva nella cura chirurgica. E così dicasi anche di un altro reperto, spesso concomitante circa la posizione dell'utero che troviamo con frequenza retroverso. È proprio questa retroversione che facilita il *descensus* uterino, venendo a far coincidere o quasi l'asse dell'utero con l'asse della vagina; al contrario di quanto succede in condizioni normali in cui i due assi formano fra di loro un angolo aperto in avanti. Per l'efficacia della cura si sa che noi dovremo associare alla plastica vagino–perineale la isteropessi, come di fronte ad una constatata ipertrofia del collo associeremo l'amputazione di questo. L'una e l'altra condizione sono facilmente riconoscibili con la sonda uterina.

Nelle diagnosi differenziali dobbiamo tener conto delle cisti vaginali, di raro tali del resto da far prendere abbaglio e se mai sempre solo ad un primo sguardo superficiale.

Ne vedemmo un caso recente in una pluripara mandataci in clinica come affetta da voluminoso prolasso; essa raccontava di essersi accorta di una specie di uovo sporgente alla vulva già dal primo parto e che con il passare degli anni aveva notato un progressivo protudere della massa fino ad avere inceppata la deambulazione; presentava la parete vaginale anteriore protundente in fuori per il volume quasi di un limone, ma la ispezione accurata dimostrava delle concamerazioni cistiche a colorito cianotico e con la palpazione si individuava bene la massa cistica che il controllo col catetere dimostrava poi del tutto indipendente dalla vescica. La asportazione fu agevole e fu completata con la resezione della parete vaginale esuberante per la prolungata distensione.

La sintomatologia è varia da caso a caso. Localmente predomina un senso di abbassamento, di peso, di dolore sacrale. Quando tutto l'utero fuoriesce dai genitali l'inceppo della deambulazione e ad ogni sforzo tiene il primo posto.

Frequenti sono i disturbi della minzione: già nella fase iniziale è interessata la parete vescicale e tanto più discende l'utero tanto più è trascinata con sè la parete vescicale, che ha con esso diretti rapporti; inoltre cede pure l'uretra in modo che essa assume una direzione curvilinea con la concavità in basso. Bisogna ricordarsene p. es. nell'eseguire il cateterismo per tenere diretto in basso invece che in alto il catetere.

Scendendo il trigono vescicale scendono gli sbocchi degli ureteri. È anche frequente una certa estroflessione della mucosa uretrale del meato.

Della partecipazione della vescica alla discesa dell'utero possiamo accertarci facilmente col catetere, ma anche semplicemente invitando la donna a fare uno sforzo; vedremo tendersi allora la parte corrispondente alla vescica mettendo bene in rilievo l'estremo inferiore a cui giunge.

Il ricordo di tale compartecipazione è utile perchè ci deve indirizzare nella terapia (sarebbe inutile la operazione di plastica che non comprendesse anche, come primo tempo, la cistopessi) e per spiegare parte della sintomatologia che accompagna il prolasso.

Si può aver difficoltà allo svuotamento completo o si ha una continenza limitata; al minimo sforzo la donna perde qualche goccia di urina oppure c'è stimolo frequente alla minzione; a volte ancora le donne debbono prima ridurre il loro prolasso per poter urinare; inoltre lo spostamento degli ureteri con la facile stasi urinaria può portare a piuria.

Fig. 98. – Prolasso dell'utero con cistocele (da Krönig e Döderlein).

Emorragie di solito lievi compaiono qualche volta nelle ulcerazioni; per lo più sotto forma di sierosità ematiche e sono proprio queste che spesso spaventano le pazienti e le portano finalmente dal medico o le convincono a farsi operare.

Dal lato funzionale non va scordata la possibilità di una gravidanza e sono stati descritti casi di incarceramento dell'utero prolassato gravido; oppure difficoltà nel momento del parto sopratutto nel periodo dilatante, nei casi in cui predomini l'allungamento ipertrofico del collo. Molte gravidanze tuttavia decorrono bene col semplice riposo cercando di mantenere l'utero ridotto; dal IV mese in poi lo sviluppo addominale dell'utero garantisce dal riprodursi del prolasso. Sono molto rari i casi in cui l'utero prolassato e gravido, per la stasi e l'edema collaterale, si ingrossi in siffatto modo da essere impossibile la riduzione e rendere perciò necessario un intervento operativo.

Nell'esame di una donna in cui si riscontri un prolasso utero-vaginale più o meno accentuato, dobbiamo tenere anche presente la possibilità di un prolasso sintomatico da tumori, sia dell'utero che degli annessi (o anche da tumori extra-genitali). Anche in questi casi quindi di diagnosi veramente banale a prima vista deve essere nostra cura di fare un esame obbiettivo completo rendendoci sempre pure ragione dell'elemento eziologico (forme *acquisite*, da sfiancamento perineale e rilasciamento dei mezzi legamentosi dell'utero; *congenite*, per allungamento vaginale o sopravaginale del collo; *sintomatiche*, da tumori).

Ricordo ad es. un caso operato nella clinica di Bari in cui un prolasso completo si associava ad un tumore voluminoso che occupava tutta la fossa iliaca sinistra. L'utero in questo caso era retroverso e quindi già di per sè rendeva necessaria la laparotomia per la isteropessi.

Non si affinò pertanto la diagnosi del tumore, che al primo aspetto parve da riportarsi agli annessi, mentre si vide poi all'atto operativo che

si trattava di un'enorme milza migrante, di una forma un po' diversa dal consueto, con appena traccia di incisure, le quali erano anche situate, per l'orientamento del tumore, in modo tale da non poter essere percepite alla palpazione dell'addome.

Fra i vizi di posizione dell'utero annoveriamo anche la *inversione* o *rovesciamento*.

Il momento etiologico più frequente è nel parto (durante o dopo il fecondamento) per condizioni speciali predisponenti, anatomiche e ormoniche (insufficienza surrenale?), favorite poi spesso da incongrue manovre (trazione sul funicolo, spremitura ad utero flaccido).

Indipendentemente dallo stato puerperale può un'inversione prodursi o spontaneamente o nel corso di interventi, in caso sopratutto di tumori fibrosi sottomucosi che tendono come spesso avviene ad estrinsecarsi nel collo ed in vagina. Se la base d'impianto è molto ampia e sottile e cedevole la muscolatura corrispondente, si determinerà una inversione più o meno completa. In codesti casi avremo nella vagina e quindi visibile, talora direttamente talora con l'esame strumentale, la mucosa di rivestimento dell'utero.

Fig. 99. – Inversione puerperale dell'utero (*Clinica Ost. Gin. di Roma*).

L'anamnesi ci porrà già sulla via, ma è decisivo l'esame diretto, se si faccia attenzione alla mancanza del collo, allo speciale comportamento dei fornici vaginali ed alla mancata percezione sopra la sinfisi del corpo dell'utero.

Con l'esame rettale complementare è talora possibile non solo riconfermare la mancanza del corpo dell'utero nelle pelvi, ma di insinuare un dito dentro al fondo uterino invertito.

La diagnosi differenziale va posta principalmente con il prolasso semplice o con un polipo fuoriuscente dal collo dell'utero.

Fondamentale è la ricerca dei rapporti del collo e dei fornici; nel caso del polipo si potrà circoscriverne la parete abbracciata dall'orificio esterno del collo più o meno dilatato e al disopra di questo riconosceremo i regolari fornici della vagina e palperemo il corpo.

Nel caso invece di utero invertito manca tale possibilità.

Importante è pensarci e allora non si cadrà in errore. Nella sintomatologia abbiamo emorragia, leucorrea, dolori, oltre ai fatti flogistici che possono prendere punto di partenza dalla mucosa uterina così ampiamente messa allo scoperto, di solito questa diventa tormentosa, rossastra e sanguina facilmente. Sia per i fenomeni settici, sia per la costrizione a livello del collo, sempre più accentuata, si può arrivare fino ad uno sfacelo del corpo uterino invertito; in qualche

caso eccezionale tale esito porta all'eliminazione dell'utero e in definitiva alla guarigione spontanea; per lo più però tale necrosi è una complicazione che aggrava il decorso; essa si verifica nelle forme puerperali più che in quelle ginecologiche.

Antiflessione acuta dell'utero.

Modificazioni di forma, indipendentemente da quelle relative a tumori o ad alterazioni dello sviluppo (utero bicorne, unicorne, ecc.)

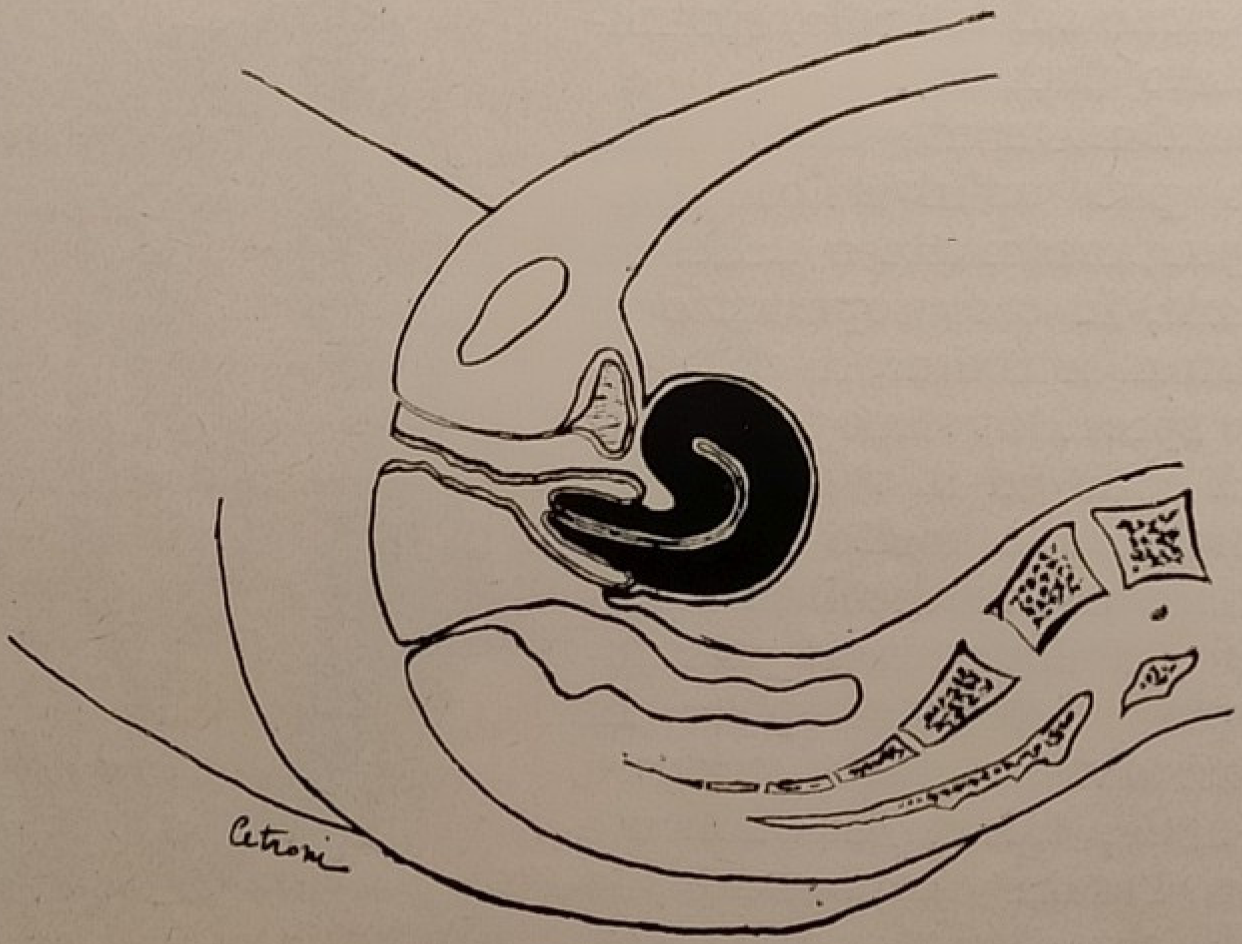


FIG. 100. – Antiflessione esagerata; il collo è molto lungo.

si possono avere per eccesso o pervertimento dell'angolo di flessione del corpo sul collo dell'utero: si parla allora di *antiflessione esagerata o di retroflessione dell'utero.*

La flessione dell'utero può arrivare a un grado tale, che il corpo pare quasi poggiare sul collo, sicchè ne derivano a volte anche delle possibilità di errori diagnostici.

Nella maggior parte dei casi di antiflessione esagerata si tratta di forme congenite o acquisite nella infanzia, comunque nel periodo dello sviluppo e si accompagnano a deficienza o disarmonia nelle dimensioni dell'utero.

Si ha precisamente la persistenza di un collo lungo, quale troviamo nella neonata o nella infanzia e il corpo, invece che rappresentare i due terzi dell'intero viscere, ne costituisce appena un terzo o una metà. Sono possibili tutte le varietà, sia nella proporzione dei due segmenti, corporale e cervicale, come nel grado di flessione.

Per lo più è compagna una ipoplasia ovarica, nel senso funzionale se non sempre nel senso anatomico, chè a volte si hanno delle ovaie grosse policistiche da atresie follicolari multiple, che non sono già manifestazione di un *plus* di funzione, ma di una disordinata ovulazione o di un predominio dello stroma.

Comunque, il reperto della antiflessione acuta si suole accompagnare con una rigidità dei tessuti, specie cervicali, la quale sta poi a

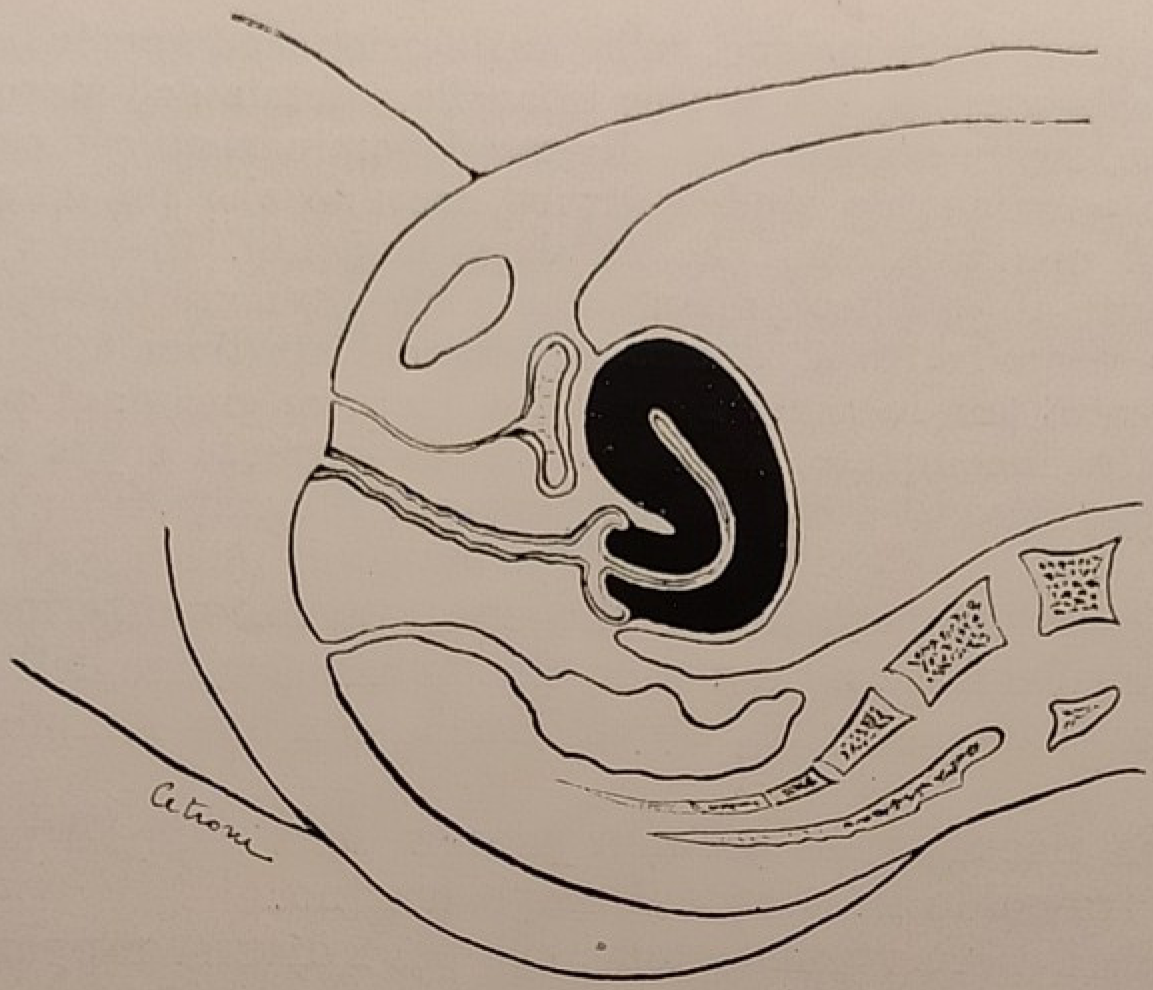


FIG. 101. – Antiflessione uterina esagerata.

base della sintomatologia solita (dismenorrea, sterilità, stenosi cervicale); perciò si parla anche di una antiflessione rigida.

In molti casi si deve ammettere una patogenesi da intossicazioni, da eredo-distrofie, da primaria deficienza di sviluppo; in altri però sono da invocare i postumi di un processo flogistico che abbia colpito l'apparato genitale nella fase prepubere o nella prima infanzia, sia in seguito a malattie generali infettive, sia per localizzazioni genitali come nella tubercolosi.

FIG. 102. – Antiflessione esagerata in una neonata.

L'accentuato angolo di flessione dell'istmo rende ristretto il canale cervicale, a livello sopratutto dell'orifizio interno; ad aumentare la stenosi si incontra talora a tale livello una speciale disposizione valvolare delle pliche della mucosa cervicale; l'orifizio esterno può essere puntiforme ovvero regolare; ricordiamo infine che ci sono colli conici piccoli tapiroidi e colli ipertrofici come anche colli con erosioni o ectropion congeniti.

Quanto abbiamo detto sulla genesi ci rende ragione della facile concomitanza con gli stati ipoplasici utero-ovarici e con l'abito astenico infantile, del quale troviamo altri dati anatomici genitali:

la brevità della vagina (sicchè ne risulta un abbassamento relativo dell'utero, il cui collo avviene talora di incontrare subito dietro l'ostio vulvare);

i fornici piatti, i parametri rigidi, con limitata sollevabilità dell'utero (che controlliamo tante volte nel corso di interventi laparotomici).

La frequente associazione della antiflessione ad angolo acuto, rigida, con la ipoplasia uterina, con il tipo infantile o fetale dell'utero, con la stenosi cervicale, rende ragione delle diverse denominazioni con cui è diagnosticata una data lesione da medici diversi secondo che sia data importanza maggiore ad uno piuttosto che all'altro elemento. Bisogna ricordarsene anche di fronte al pubblico profano, che sentendo nomi in apparenza tanto diversi, può essere tratto a credere in diagnosi effettivamente contrastanti, mentre in realtà non lo sono. Sono tutte diagnosi giuste; al più si potrebbero dire tutte incomplete, ma nella pratica corrente è pur abitudine che si dia maggior peso al fatto che ci pare più rilevante.

Facile reperto è quello di uno spostamento posteriore dell'utero affetto da antiflessione rigida: si ha cioè la associazione dell'antiflessione con la retroversione uterina, oppure anche con una semplice retroposizione.

Bisogna ricordarsene per non pensare senz'altro ad una retroflessione, non trovando in avanti il corpo uterino.

In questi casi avviene anche, che per i diversi rapporti della vescica col corpo dell'utero, nella distensione urinaria la vescica tende quasi ad incappucciare il corpo in luogo di sollevarlo come avviene nella normale posizione; ne deriva un aumento della antiflessione.

La sintomatologia della antiflessione rigida è in dipendenza del momento etiologico e dello stato costituzionale; irregolarità mestruali saranno in rapporto con le contemporanee disfunzioni ovariche e le variazioni del tono miometrale, che potrà, se deficiente, favorire delle metrorragie.

Altri sintomi sono la dismenorrea e la sterilità.

La diagnosi è facile: oltre i caratteri speciali del collo, anche direttamente ispezionabili, avvertiremo con l'esame combinato lo scarso sviluppo del corpo e la rigidità dell'angolo di flessione, che resta immutato, quando se ne tenti il sollevamento. Difficoltà possono talora venire da condizioni estrinseche per lo spessore abnorme delle pareti addominali, frequente nelle ipoovariche, che hanno pure la antiflessione rigida; può capitare anche l'equivoco già accennato di pensare ad una retroflessione per il frequente spostamento all'indietro dell'utero *in toto*.

La esistenza di una stenosi dell'orifizio esterno o di quello interno può essere saggiata con la sonda uterina; a volte la flessione è tale che non si riesce a superare l'orifizio interno, sopratutto se coesistano delle ripiegature valvolari della mucosa. Ci sono casi in cui nel corso stesso di interventi per discissione e dilatazione cervicale non riesce l'isterometria, se non dopo aver prima inciso trasversalmente il collo, in modo da ridurne la lunghezza.

Più che non la diagnosi obiettiva della antiflessione è però importante la discriminazione del rapporto patogenetico fra essa e la sintomatologia presentata dalle malate; ossia più importante che la stessa diagnosi anatomica per se stessa facile della antiflessione, è il precisare

la natura di essa nei suoi fattori etiologici e il porla esattamente nel quadro clinico complesso costituzionale endocrino di quella data donna. Solo allora sarà possibile la terapia opportuna.

Oltre che esageratamente *antiflesso* l'utero può essere eccessivamente *antiverso*, ossia l'asse *in toto* dell'utero può disporsi in modo che il collo sia spostato più in dietro e il corpo più in basso e avanti del consueto. Tale reperto si trova sia associato alle antiflessioni rigide, sia come conseguenza di retrazioni a livello dei legamenti utero-sacrali; oppure quando esistono aderenze della faccia anteriore del corpo o fatti di metrite.

Più frequente, più varia nella etiologia la *retroflessione* dell'utero. In essa l'angolo di flessione del corpo sul collo è aperto posteriormente, invece che in avanti; spesso si associa anche una retroversione,

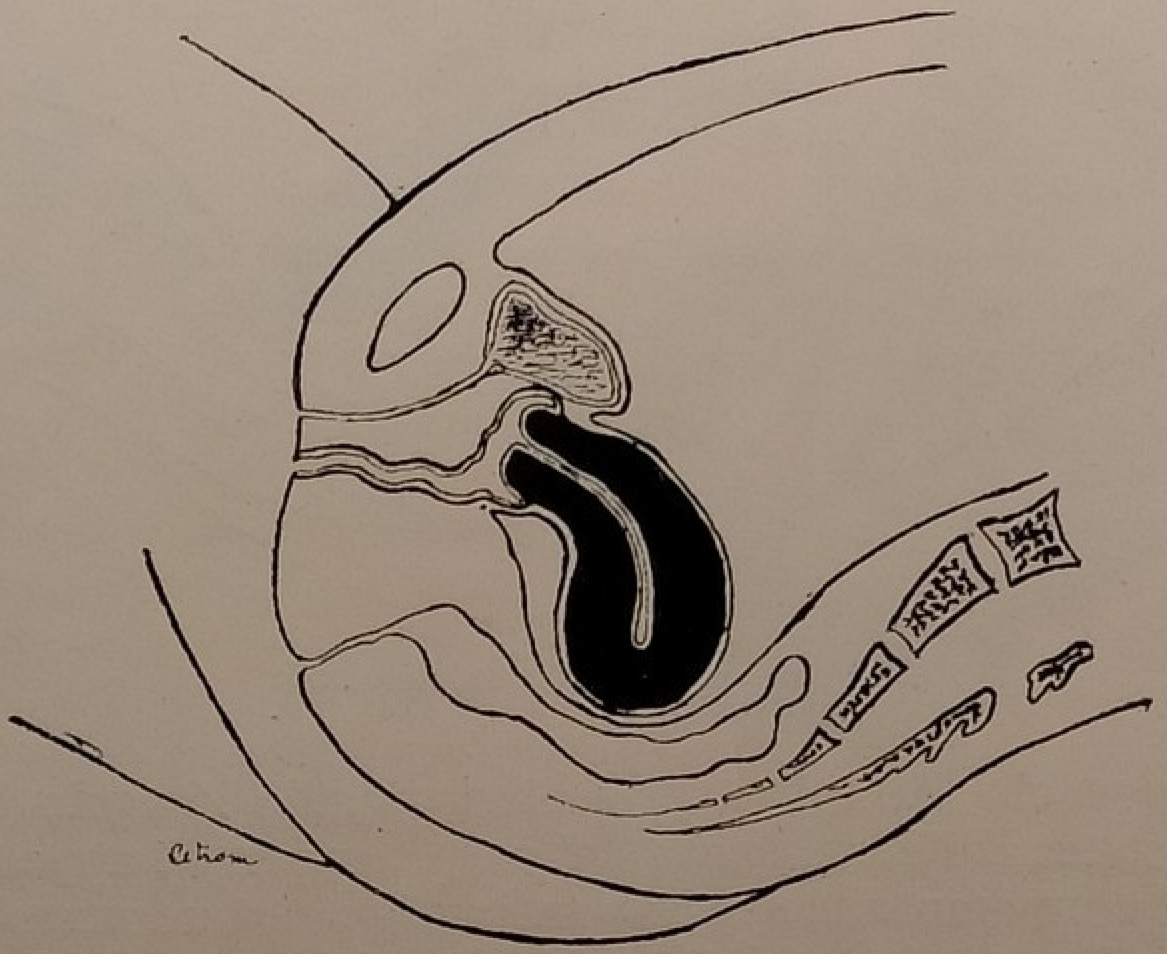


Fig. 103. – Retroflessione.

ossia uno spostamento dell'asse longitudinale dell'utero, tale che il corpo si porta indietro e il collo in avanti; allora abbiamo la associazione di un difetto nella forma e nella posizione dell'utero, ossia la cosidetta retroversoflessione.

Una retroversione dell'utero antiflesso è pure possibile; ma certo nella grande maggioranza dei casi essa si associa alla retroflessione.

Il grado varia da caso a caso; la diagnosi generica è sempre facile, perchè troveremo il collo dell'utero spostato in avanti verso la sinfisi del pube, se ci sia retroversione, e comunque sempre più anteriormente del consueto, anche nella sola retroflessione; invano cercheremo poi con l'esame combinato di rintracciare il corpo dell'utero anteriormente; avvertiremo per converso la depressione del fornice posteriore, più o meno marcata secondo i casi.

Nella diagnosi di retroflessione occorre la ricerca della varietà di essa: se sia *mobile* o *fissa*, *riducibile* o *non riducibile*, *rigida* o no nel suo angolo di flessione, *congenita* o *acquisita* e fra le acquisite, se abbiamo a che fare con forme *puerperali*, *infiammatorie*, *traumatiche*, *sintomatiche;* ossia la diagnosi generica della retroflessione va completata con quella etiologica.

Le forme congenite possono riconoscere le stesse cause già dette a proposito delle antiflessioni rigide sia flogistiche che costituzionali.

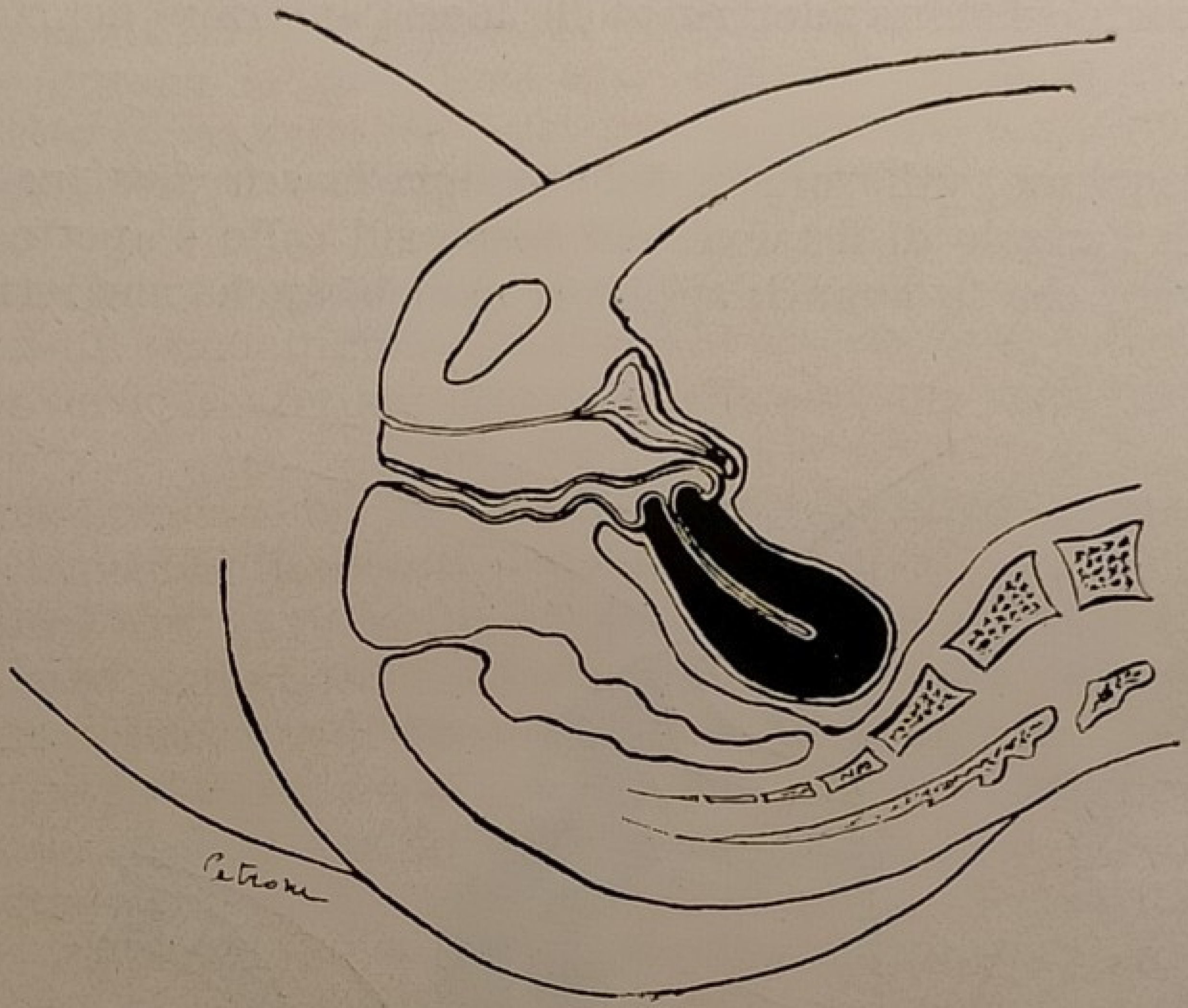


FIG. 104. – Retroversione.

Sono esse che di solito presentano rigido l'angolo di flessione, sicchè non riesce il sollevamento del corpo, oppure è apparente, avendosi magari temporaneamente una antiversione di un utero retroflesso, il che rende illusoria la creduta riduzione.

Una rigidità dell'angolo di flessione potrebbe derivare anche da processi neoplastici, come per es. nel cancro del canale cervicale e talora proprio tale segno ha fatto per primo insorgere un sospetto di tale specie.

Più di frequente però l'angolo di flessione non presenta speciale variazione nella sua consistenza, pur potendosi avere la impossibilità di sollevare il corpo. Ciò avviene nelle *retroflessioni flogistiche*, in cui la viziata forma dell'utero sia cioè conseguenza di postumi di raccolte del Douglas o comunque di fatti di peritonite pelvica o annessite, nei quali si siano stabilite delle aderenze colla faccia posteriore dell'utero. Per tali aderenze, che si accompagnano di solito ad altre aderenze posteriori degli annessi malati, la retroflessione può diventare fissa, non riducibile.

Non riducibile per lo più è anche la forma sintomatica, nella quale la causa sia un tumore uterino od ovarico.

Riducibili di solito sono invece le forme puerperali, di gran lunga la categoria più frequente, e le rare forme traumatiche.

Retroflessioni traumatiche possono verificarsi per brusco aumento della pressione addominale, che venga a sorprendere l'utero in retroposizione, come può capitare quando sia piena la vescica; in tale momento può avvenire che la pressione endo-addominale si faccia sentire invece che sulla faccia posteriore del corpo, come di norma, sulla faccia anteriore di modo che l'utero è sollecitato a portarsi indietro. Sono tuttavia casi rari, anche perchè presuppongono un rammollimento dell'angolo di flessione uterino. Questo del resto suole aversi per es. nel periodo mestruale o sopratutto nel puerperio.

Tale rammollimento dei tessuti, unito al rilasciamento dei mezzi legamentosi dell'utero (che devono assicurare a questo il ritorno alla posizione normale, appena cessata la ragione dello spostamento fisiologico inerente alla varia ripienezza della vescica e del retto), il minore sostegno del pavimento pelvico (sicchè il collo è tratto a scendere in basso e contemporaneamente si riduce alquanco l'angolo di flessione di modo che l'asse uterino viene a coincidere con l'asse vaginale), sono tutte condizioni che si verificano nel puerperio e che rendono ragione della facilità per cui tale periodo rappresenta uno dei momenti etiologici più frequenti della retroflessione.

Fig. 105.

Retroflessione accentuata in una neonata.

Posteriormente si vede l'ultima porzione dell'intestino; e il cavo del Douglas, in basso i genitali esterni, col lume vaginale; l'utero presenta il collo grosso e lungo; il corpo, piccolo, è ripiegato ad angolo acuto sulla faccia posteriore.

A condizioni pari tali spostamenti sono facilitati, nelle retroflessioni preesistenti al parto, nei casi di rilasciamento generale dei tessuti elastici, quali compaiono nell'abito astenico; potranno concorrere cattive pratiche igieniche, come l'uso di busti troppo stretti, l'abitudine di tenere troppo a lungo piena la vescica, ecc.

Nella retroflessione sono di solito spostati anche gli annessi, pure nelle forme in cui questi non siano malati, e il prolasso dell'ovaio può concorrere a rendere dolorosa la retroflessione.

Interessate sono l'uretra e la vescica, specie nelle retroversioni, appena il volume dell'utero sia aumentato sulla norma, sia per tumori che per gravidanza; e si può arrivare fino al punto che il fatto vescicale (disuria, iscuria) domini la scena.

C'è talora pure compressione sul retto, donde maggiore facilità alla stipsi e a fatti emorroidari.

Una congestione dell'utero è frequente, in rapporto con la facile stasi concomitante, la quale trova spesso ragione di essere nelle stesse condizioni che hanno prodotto la retroflessione.

La retroflessione uterina è talora un reperto accidentale nel corso di un esame ginecologico, senza che disturbo alcuno subiettivo ne fosse derivato alla portatrice; altre volte tutta una sequela di lamenti, di sofferenze, riferite con i più vivaci colori, sembrerebbero far cadere sullo spostamento uterino enormi responsabilità!

Sopratutto variabili sono i disturbi generali.

Troviamo i quadri più vari: dalla cefalea, alla debolezza generale, al cardiopalmo; dalla nausea al singhiozzo, al vomito; dalla irritabilità nervosa, a forme neurasteniche, da fatti basedoviani fino a veri squilibri mentali.

Ora, molta parte nella sintomatologia generale spetta alle condizioni organiche, che già prepararono la retroflessione; la costituzione astenica in genere e neuropatica; tuttavia non si può negare che talora la connessione fra alcune manifestazioni esteriori e il vizio dell'utero sia impressionante; ci sono casi di donne, che dopo la riduzione dell'utero non ebbero più una afonia, di cui prima si lamentavano o delle nausee o delle forme malinconiche. Nè sempre si può invocare uno stato suggestivo, chè si sono viste donne ripresentare la sintomatologia primitiva, quando l'utero ricadeva di nuovo in retroflessione pur con il pessario e quindi senza che la donna ne fosse avvertita. Sono delle forme riflesse, nelle quali la *spina* uterina può avere una importanza reale e che quindi è il caso di togliere.

Meglio interpretabili sono i disturbi locali:

in prima linea un senso di peso pelvico e dolori lombari o sacrali, talora irradiantisi lungo le coscie;

dismenorrea, sopratutto nelle forme congenite o in quelle flogistiche;

sterilità (relativa, e sopratutto nelle forme flogistiche o congenite, che a loro volta sono spesso postumi di flogosi infantili);

irregolarità mestruali (sopratutto nel senso di una eccessiva abbondanza la quale è interpretata, sia come esponente di una stasi locale, sia di una concomitante metrite, sia ancora di una ipotonia del miometrio, coincidente colla astenia generale pelvica, tale quindi da non bastare alla emostasi);

infine ricordiamo il facile *descensus* uterino, che prepara poi i gradi più accentuati di prolasso.

Si intende che potranno poi aggiungersi tutti i sintomi inerenti alla esistenza di questa o quella condizione morbosa che sia la causa della retroflessione.

Precetto fondamentale deve sempre essere quello di una indagine accurata della individualità, nel suo complesso *biotipo*, in modo da indirizzare la cura eventuale correttamente e p. es. evitare di accanirsi contro una retroflessione, che non sia affatto in causa, per lo meno dominante.

Del resto anche il criterio clinico può molto giovarci: se p. es. ci siano le note di una retroflessione puerperale mobile e l'ultimo parto dati da parecchi anni e nessun disturbo locale o generale sia stato avvertito per tanto tempo, andremo alla ricerca di altri fattori della sintomatologia presentata dalla malata e penseremo più facilmente che il reperto ginecologico della retroflessione sia semplicemente accidentale e come tale non bisognoso di cura, o per lo meno che questa non sia sufficiente.

Per completare il capitolo degli spostamenti dell'utero, accenniamo infine alla possibilità d'incontrarlo nel contenuto di un sacco erniario inguinale o crurale. L'evento è raro, ma possibile, tanto che sono anche in discreto numero i casi, in cui una sopravvenuta gravidanza ha determinato la irriducibilità del viscere erniato.

Si può avere *un'ernia dell'utero solo*, oppure con gli annessi; questi ultimi isolati si sa che sono reperti erniari molto più frequenti; la presenza dell'ovaio è caratterizzata da ipersensibllità locale, con dolori accentuantisi periodicamente in rapporto con la maturazione dei follicoli.

Lesioni traumatiche.

Indipendentemente da traumi occasionali (impalamento, calci, ferite) che possano interessare anche i genitali, nella maggior parte dei casi le lesioni di natura traumatica sono legate ai rapporti sessuali e al parto.

Una lacerazione fisiologica è già quella dovuta alla deflorazione: limitata ai margini dell'imene, può accompagnarsi con emorragia di rilievo in certi imeni più resistenti, più spessi, oppure in date malformazioni (imene biforo, in cui venga addirittura strappata la base di inserzione del setto); può essere complicata anche da flogosi (o da germi banali o da gonococco), specie quando, per eccessi sessuali o per mancanza di pulizia locale, sia disturbato il processo di guarigione, di solito rapidissimo, delle soluzioni di continuo determinate dalla deflorazione.

Non sarà male soggiungere che il medico pratico deve essere sempre guardingo nel giudizio che gli venga chiesto al riguardo, sopratutto circa una preesistente verginità. Ricordi che i segni si dileguano dopo pochi giorni (1), mentre solo in presenza di cicatrici recenti potrebbe con sicurezza emettere un suo parere. D'altra parte la variabilità anatomica dell'imene è ben grande, sia congenitamente, sia attraverso pratiche onanistiche. Ci sono casi sicuri e casi in cui anche il più esperto può conservare dei dubbi. Il medico sia dunque sempre prudente.

---

(1) Come potrebbe essere ritenuto serio un certificato medico, quale io vidi una volta, quando pretende di stabilire da un esame obiettivo molto sommario che la deflorazione era avvenuta 28 giorni prima...?

Nei rapporti sessuali sopratutto, se violenti, in speciali atteggiamenti, con sproporzione genitale fra donna e uomo, o per condizioni di speciale predisposizione locale, si possono avere delle rotture profonde della vagina fino a perforare il fornice. Sono sempre accompagnate da dolore, spesso da emorragia cospicua, che occorrerà arrestare con qualche pinza o con punti di sutura o con un drenaggio.

Ferite penetranti in cavità, da corpi estranei, si sono anche vedute per pratiche di masturbazione o per tentativi di provocare degli aborti. Talune volte il corpo estraneo scompare per così dire nel peritoneo e dopo tempo maggiore o minore forma il nucleo centrale di una raccolta flogistica... quando le cose vanno bene.

Ma sopratutto al parto, sia spontaneo che operativo, sono legate le maggiori lesioni dei genitali.

Tralasciamo di parlare delle rotture dell'utero, complete, incomplete, del corpo, del segmento inferiore, complicate o no con lesioni di organi vicini, perchè argomento svolto nei trattati di ostetricia.

Postumi che interessino il ginecologo sono rari, dato che di solito esse richiedono un intervento per lo più demolitore, dato anche che in gran numero sono seguite da esito letale...

Ad ogni modo i postumi eventuali si confondono con quelli delle lesioni emorragiche o flogistiche, consecutive al parto.

Per lo più si verificano, anche nelle forme più fortunate, degli ematomi del legamento largo o delle parametriti che potranno lasciare delle conseguenze sulla posizione dell'utero, sulla spostabilità di esso, ecc.

Un postumo pure possibile è quello delle lacerazioni dell'uretere con la conseguenza di una perdita parziale di urina.

Lesioni traumatiche dell'utero si possono avere nel corso di esami strumentali (sonda) o di interventi operativi (raschiamento, sia in uteri vuoti che in uteri gravidi). Condizione predisponente può essere una infiltrazione ovulare (mola vescicolare) o neoplastica della parete (cancro) che la rende meno resistente; concorre anche a far seguire agli strumenti una falsa strada la flessione esagerata del corpo (allora la perforazione avviene a livello dell'istmo). Certo occorre stare sempre in guardia: controllare con la mano esterna, non usare cucchiai taglienti in uteri puerperali, non fare violenza; a perforazione avvenuta, accorgersene subito. Se la cavità uterina non è settica, le conseguenze immediate non sono gravi perchè l'emorragia di solito manca: grave è invece l'incidente se strumenti introdotti traverso la breccia ledano anse intestinali, p. es. afferrandole e stirandole entro l'utero e la vagina fino a strapparle (questo può avvenire specialmente nel corso di aborti).

Vedremo anche non di raro fistole urinarie da lacerazioni vescicali.

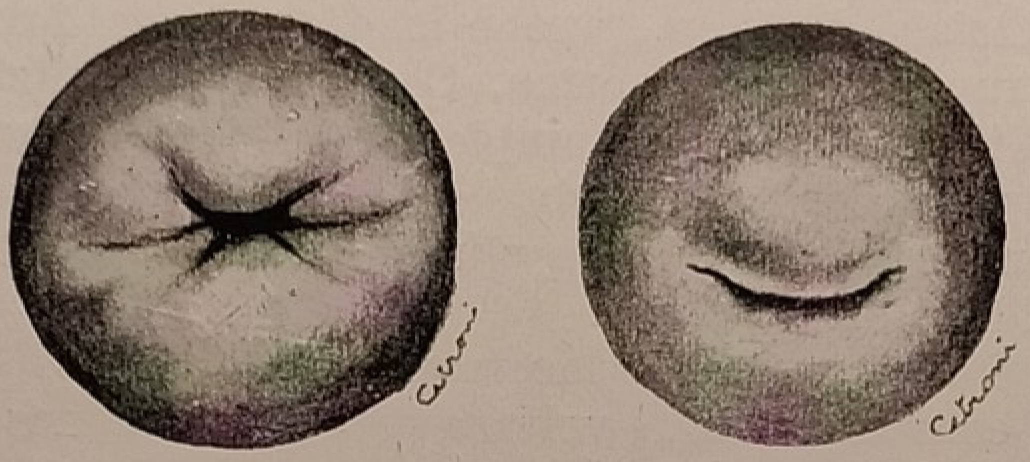
Quasi di tutti i giorni è il vedere le conseguenze di lacerazioni del collo, della vagina, del piano perineale.

È ben noto che anche nel parto fisiologico qualche lacerazione nel contorno dell'orifizio esterno del collo è facile, sicchè figurano anzi i loro postumi fra i caratteri differenziali fra nullipara e pluripara.

Il grado maggiore o minore delle lacerazioni, il modo di cicatrizzare, il possibile insorgere su di esse di fatti infiammatori rendono ragione delle diverse fattezze che la *portio* assume.

A volte la lacerazione è particolarmente profonda e si spinge fino ai fornici ed oltre, interessando quindi parte della porzione sopravaginale del collo. Questo avviene di raro in parti spontanei, per lo più negli interventi operativi, sopratutto quando la estrazione del feto sia stata forzata prima della dilatazione completa (forcipe, estrazione podalica) o quando si sia dovuto ricorrere a dilatazioni artificiali.

La lacerazione può essere uni- o bilaterale. Quando è estesa, si può avere una eversione delle due labbra del collo; questo *ectropion cervicale* mette così allo scoperto l'epitelio cilindrico cervicale, con



A *B*

Fig. 106. – Collo di pluripare;
A lacerazione multipla; *B* lacerazione trasversa con salienza del labbro anteriore (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

le sue ghiandole racemose; ne deriva quasi sempre uno stato irritativo locale, segnalato da insistente leucorrea, mucosa o mucopurulenta.

Una forma speciale acquista il collo come conseguenza di lacerazioni profonde trasversali, se il labbro posteriore si retrae e si ha l'ipertrofia di quello anteriore, quasi a guisa di una formazione poliposa che sopravanza di molto il nuovo orificio esterno del collo.

Se sopravvengono gravidanze la mucosa ectropizzata può essere sede di cospicue modificazioni ipertrofiche ghiandolari, assumendo un aspetto vegetante e con grande facilità a sanguinare data la ricca vascolarizzazione, cosicchè qualche caso è stato scambiato con un tumore maligno. Ad ogni modo sia per la mancata produzione del tappo gelatinoso, sia per la endometrite, che è favorita dell'ectropio, è facile l'aborto.

La diagnosi generica di lacerazione del collo non presenta alcuna difficoltà; già bene riconoscibile col semplice esame vaginale, può essere bene dominata dalla vista, mettendo in luce il collo con le valve.

Le conseguenze sono di solito la leucorrea per la irritazione dell'epitelio cervicale sottratto al suo ambiente naturale (la parte interna del canale cervicale); inoltre è facile il sovrapporsi di una endometrite; talora si hanno dolori o spontanei o provocati nei rapporti sessuali, quando sopratutto la cicatrice della *portio* si prolunghi con cicatrici vaginali deformi. Dal lato ostetrico va anche ricordata la facilità ad aborti.

Nella vagina le soluzioni di continuo del parto sono specialmente estese dopo interventi operativi a parte fetale alta; si hanno talora dei

veri scoppi, tali che anche il più competente male saprebbe ricomporre; ne residuano cicatrizzazioni irregolari, con deformazioni dei fornici, aderenze del collo alla vagina, cordoni irregolari, fibrosi, dolenti. Peggio succede quando si sia avuta una prolungata compressione dei tessuti (parti con periodo espulsivo di ore ed ore), perchè allora al fattore traumatico si associa il fattore necrotico; ne possono derivare delle atresie cospicue, causa di molestie o difficoltà nei rapporti sessuali e causa anche di distocie.

Della massima frequenza sono poi i postumi delle lacerazioni vagino-perineali; possibili già nei parti spontanei, sono facilitate nella estrazione artificiale del feto, perchè la distensione delle parti molli è sempre più rapida che di norma. Concorrono condizioni predisponenti: la fragilità dei tessuti, la ampiezza dell'ostio vulvare, il volume del feto; la brevità stessa del perineo può essere in causa per spiegare come una lacerazione, magari non più estesa di tante altre, finisca per interessare addirittura il retto.

Nella ostetricia corretta le lacerazioni sono ridotte di frequenza e di estensione; comunque, una volta avvenute e riconosciute, saranno subito curate con adatta sutura, sia a scopo di ricostituzione anatomica, sia a scopo estetico e funzionale, sia per prevenire che esse costituiscano il punto di partenza di processi settici, o di prolassi utero–vaginali.

Tuttavia dobbiamo riconoscere che bene spesso siamo consultati da donne che presentano lacerazioni perineali anche estese, sia che da esse siano derivati inconvenienti tali da portare a noi le malate, sia che tale reperto sia accidentale nel corso di un esame ginecologico. A volte questo avviene perchè la sutura immediata, pur tentata, non ha avuto successo (inquinamento locale, cattivo raffrontamento dei margini, ecc.); ma nella grande maggioranza ciò dipende ancora dalla scarsa valutazione che se ne fa da levatrici e parenti al momento del parto: esse cioè non sono riconosciute o non sono suturate !

Ne derivano deformazioni dell'ostio vulvare, varie secondo il grado della lacerazione e secondo il modo della cicatrice: a volte, essendo questa avvenuta per seconda, è irregolare, dura e mantiene beante l'ostio; a volte la lacerazione interessa tutto il piano perineale arrivando fino al contorno dell'orifizio anale (lacerazione completa); questo pure può essere leso e si ha una eversione della mucosa rettale, rosso-tumida, nettamente differenziata da quella roseo-pallida vaginale. Se è interessato anche lo sfintere si avrà incontinenza delle feci liquide e talora in primo tempo, di tutte; un controllo lo avremo introducendo un dito nel retto facendo contrarre i muscoli.

A volte la lacerazione ha rispettato i tegumenti interessando però la parte più importante ai fini della statica genitale, ossia il piano muscolo–aponeurotico. Se ne ha contezza non solo per l'eventuale concomitante *descensus* vaginale, ma perchè divaricando l'ostio vulvare si vedrà che alla commessura posteriore invece di un solido piano abbiamo appena un sottile strato fatto dalla cute e dalla mucosa; la controprova si ha con la esplorazione del pavimento pelvico, che si

può fare introducendo due dita in vagina (indice e medio di una mano ovvero gli indici delle due mani) e spingendoli con la faccia palmare in basso e in fuori.

Vizi di circolo – Varicocele pelvico.

Disturbi nel circolo sanguigno, arterioso e venoso, degli organi pelvici si possono avere sia come manifestazione di lesioni locali, sia come espressione di malattie generali; in prima linea fra queste le cardiopatie, le nefriti, la arteriosclerosi, le ipertensioni sia organiche sia legate a disquilibri endocrini.

Congestioni pelviche locali possono derivare da igiene fisica deficiente come nella vita eccessivamente sedentaria, nella stipsi abituale; concorrono le eccitazioni erotiche, provocate da letture, cinematografi, balli, ambiente caldo, eccessivo riposo a letto, pratiche masturbatrici, eccessi sessuali, interruzione del coito, ecc. Non sono senza influenza le emozioni, i bagni freddi o caldi generali o locali.

Molte disfunzioni ovariche o irregolarità della mestruazione sono oggi volentieri riportate a fatti del genere, e nei vari capitoli più volte ci toccò di invocarli.

Molte condizioni morbose locali, genitali, possono contribuire a modificare la circolazione pelvica, sia per tumori, che ingrandendosi verso i parametri arrivino a comprimere i vasi decorrenti nella base di esso, sia per vizi di posizione dell'utero, per processi flogistici ecc.

È intuitivo che quanto modifica il volume e i rapporti degli organi genitali può portare a modificazioni della circolazione pelvica e si comprende, come tale diverso afflusso di sangue all'utero e alle ovaie possa acquistare importanza sia nel determinare sensazioni dolorose di ripienezza, di peso, sia col dare manifestazioni a tipo emorragico.

Una forma speciale di stasi venosa pelvica è legata ad accentuata dilatazione dei plessi venosi uteroovarici: il cosidetto *varicocele pelvico*.

Tale varicocele può essere *sintomatico* o *essenziale*.

Nella forma sintomatica spesso si tratta di lievi lesioni, come retroflessioni, postumi di flogosi, ovaie cistiche, ecc., ed in esse molti dei disturbi sono riferibili, più che alle lesioni, al varicocele concomitante.

Nei casi più accentuati si può arrivare a un tale groviglio di grosse vene ectasiche da formare una tumefazione addirittura riconoscibile con l'esame genitale. Nella grande maggioranza però si tratta di reperti solo sospettabili, non bene dimostrabili prima della laparotomia.

Nel corso di questa poi avviene talora che il volume delle ectasie appaia meno notevole; per la posizione di Trendelenburg in cui si suole operare.

Il varicocele pelvico prevale nelle pluripare e si invoca come fattore causale la influenza della gravidanza sulla produzione delle dilatazioni venose; ci sono però anche casi in nullipare.

Sintomo predominante è il dolore gravativo, pulsante; esso talora si accentua nella posizione eretta, nel lavoro; si mitiga passando alla posizione orizzontale.

Non sempre, anzi di raro, si accompagnano delle menorragie, a meno che esse non siano sostenute da altre cause.

Per la diagnosi, bisogna pensarci quando di fronte ad una sintomatologia dolorosa del tipo riferito, non si trovino lesioni di rilievo capaci di renderne ragione; sopratutto saremo avviati alla diagnosi se percepireno una tumefazione laterale, per lo più a sinistra, pulsante, che presenta notevoli modificazioni del volume secondo la posizione in cui si tiene la malata, ossia secondo che si favorisca o no il circolo refluo pelvico.

Ad ogni modo, la forma essenziale è rara; più frequente è quella sintomatica e allora il medico pratico si accontenterà di solito di fare a diagnosi principale...

Processi flogistici.

Vulvo-vaginiti delle bambine.

Quasi sempre sono dovute al gonococco, trasmesso alle bambine per trascuranza igienica, con l'uso di biancherie comuni, di termometri, ecc., dalla madre o da persone di servizio. Nei collegi, nelle scuole se ne sono osservate delle vere epidemie.

Se la blenorragia è spesso in causa, non si dimentichi però che ci sono vulviti e vaginiti nelle bambine, semplicemente per mancanza di pulizia, oppure per la presenza di parassiti intestinali, talora per precoci pratiche di masturbazione.

Stafilococchi, batterium coli arrivano facilmente ai genitali esterni, specialmente nelle bimbe che siedono in terra, su pavimenti sudici, su fieno o letame, senza la protezione di mutande; la scarsa pulizia locale porta ad irritazioni vulvari, che preparano il terreno all'attecchimento dei germi; così avviene per il passaggio di materie fecali dell'ano alla vulva, facilitato nello stesso atto di pulizia, quando sia fatto da dietro in avanti.

Ci sono poi forme croniche non blenorragiche, sostenute da terreno linfatico scrofoloso, che costituisce l'elemento predisponente al pullulare dei germi più vari, i quali diventano poi i responsabili diretti della secrezione, pur trattandosi realmente di una malattia costituzionale (Tommasi).

Vi sono anche dei casi di malattie infettive, nelle quali si stabiliscono delle localizzazioni vulvo-vaginali (morbillo, scarlattina, difterite, tifo, ecc.), donde possibili atresie cicatriziali.

Si sono visti anche casi di *mughetto*, presto riconoscibile per la patina biancastra che riveste la vagina e che, staccata, lascia vedere arrossata la mucosa sottostante (1).

---

(1) Questa localizzazione si vede talora anche nelle donne adulte, specialmente nel corso della gravidanza.

Il sintomo fondamentale delle vulvo-vaginiti è una secrezione purisimile che riveste la vagina, la vulva, l'uretra; si ha un arrossamento più o meno manifesto, con dolore locale e prurito; quest'ultimo è di solito quello che richiama l'attenzione dei famigliari assieme con le macchie trovate sulla biancheria.

Di solito manca la diffusione verso i segmenti alti genitali, il che, dal punto di vista della vita sessuale futura, rende buona la prognosi di queste forme se opportunamente curate.

Le ghiandole di Bartolini e le ghiandole periuretrali, che nella donna adulta rappresentano focolai quasi costanti ed insistenti, nelle bambine non sono mai o quasi mai interessate.

È facile invece la diffusione alla vescica ed ai bacinetti.

Dal punto di vista della pratica bisogna andar molto cauti nella diagnosi eziologica; bisogna cioè evitare di riferire con troppa facilità ad origine blenorragica ogni vulvite o vaginite che si osservi nelle bambine: si deve andare cauti nello stesso esame batterioscopico e non accontentarsi in questo del reperto di diplococchi, ma eseguire *correttamente* il metodo di Gram, il che non è nemmeno tanto facile per chi non ne abbia la pratica.

Nelle forme di vulvo-vaginite banale, la secrezione è piuttosto fluida, spesso simile ad acqua di riso, ma manca di solito il colorito giallognolo verdastro della secrezione da blenorragia; mancano di solito anche gli edemi vulvari e per lo più *rimane sana l'uretra;* si ha magari una cistite, ma non l'uretrite; la quale invece anche nelle bambine si ha in oltre il 90 % dei casi di blenorragia.

Dal lato batterioscopico poi, ricordarsi che nella fase acuta il gonococco di solito è solo; pochi diplococchi, magari sospetti, in mezzo ad una flora batterica mista, non hanno importanza decisiva diagnostica. Nella fase sub-acuta o cronica, può valere ancora il criterio della compromissione o meno dell'uretra. Importante il criterio anamnestico di precedenti intensi stati acuti; in casi di dubbio si potrà tentare la provocazione di eventuali acuzie.

Il Tommasi dà molta importanza alla *vaginoscopia*, col suo speciale vaginoscopio infantile. Con questo è possibile precisare che nelle forme banali l'infiammazione della vagina si arresta alla parte bassa senza compromissione dei fornici o della *portio;* mentre nella blenorragia pure questi sono interessati e vi si osservano erosioni ed emorragie puntiformi; nelle forme poi sostenute dall'abito scrofoloso-linfatico la vaginoscopia dimostra un aspetto vellutato, follicolare, nella parte alta e nei fornici.

A volte per l'accertamento diagnostico occorre riacutizzare il processo: per ciò può bastare talora uno strapazzo corporeo (corsa, ballo) o un eccesso dietetico; ma preferibili sono la provocazione biologica e chimica. La prima si ottiene con una iniezione di vaccino; la seconda iniettando in vagina una soluzione di nitrato di argento all'1 o 2 %.

Vulvo-vaginiti delle adulte.

A sostenere fatti infiammatori vulvari o vulvo-vaginali si possono avere delle forme banali di foruncolosi, di herpes, di eritemi, eczemi, e in essi si dovrà sempre ricercare anche la possibile causa a distanza (dia-

bete, disordini intestinali, uricemia, ecc.); ci sono poi le forme di vulvo-vaginite settica, quali si hanno nel puerperio per infezioni localizzate, e segnalate dall'essudato grigiastro più o meno aderente, che copre le soluzioni di continuo infette; ci sono poche forme traumatiche da germi piogeni comuni, quali possono seguire talora alla deflorazione; ma nella grande maggioranza dei casi si tratta quasi sempre, nelle vulvo-vaginiti, di una infiammazione gonococcica.

Essa si localizza quasi costantemente alle ghiandole di Bartolini, alle ghiandole periuretrali di Skene. È costante un arrossamento anulare attorno allo sbocco di codeste ghiandole (macule di Sänger).

Una secrezione più o meno purisimile ed abbondante, di un colore giallognolo e talora anche verdastro, umetta la vagina e la vulva, irritando la parti contigue dei genitali esterni; è quasi costante l'interessamento dell'uretra e spremendo su questa da dietro in avanti con un dito introdotto in vagina, è facile veder fuoriuscire dal meato urinario qualche goccia di secreto. Nelle vulviti si ha spesso la diffusione di un processo irritativo eritematoso alle grandi labbra e fino al solco genito-crurale, nella faccia interna delle coscie, derivandone un prurito molesto, che determinerà nuove lesioni.

Nelle forme più acute si può avere un edema, specialmente nelle piccole labbra, talora tanto accentuato da dar luogo a delle erosioni.

Nelle forme croniche o sub-acute con una certa frequenza si ha la produzione di condilomi acuminati, dovuti a spiccata ipertrofia delle papille del derma; talora di dimensioni veramente cospicue e disseminate, oltre che ai genitali esterni, anche alla vagina, al collo dell'utero o al contorno anale; questi condilomi possono raggiungere un notevole sviluppo, quasi a tipo di tumori a cavolfiore, sopratutto se coesista una gravidanza. In queste forme la localizzazione vaginale vera e propria è relativamente rara, al contrario di quello che succede nelle bambine, perchè l'epitelio di rivestimento pavimentoso stratificato alto, analogo a quello cutaneo, male si presta all'annidamento del gonococco, mentre è recettivo quello delicato delle bambine.

Le vaginiti vere e proprie, presuppongono delle soluzioni di continuo, nelle quali si localizzino germi patogeni (traumi, parto); e si possono complicare con la infezione del connettivo paravaginale, dando ascessi, flemmoni, fino alla vaginite dissecante.

Rara è la localizzazione tubercolare, secondaria sempre. Ulcerazioni si possono avere invece nel corso del morbillo, della scarlattina, della difterite, del colera e ne possono residuare delle stenosi cicatriziali. Non sempre si tratta di diffusione per via ematica; in talune malattie si ha un diretto impianto di germi: questo sopratutto nel tifo, nel colera, nella dissenteria, nel corso delle quali forme si sono viste in vagina lesioni ulcerose dello stesso tipo di quelle intestinali.

Vulvo-vaginiti delle vecchie.

Indipendentemente dalla possibilità di vulvo-vaginiti, come nelle adulte, si osservano talora nelle vecchie delle lesioni vulvo-vaginali di origine trofica, caratterizzate da zone circoscritte di arrossamento,

talvolta disseminate di superficiali ulcerazioni, spesso sanguinanti, sempre causa di molesta leucorrea.

Inoltre si possono avere forme flogistiche da sporcizia, da graffiature, da acidità dell'urina, da irritazioni locali per l'uso protratto di un pessario. Quando manchino questi momenti etiologici bisogna ricordare la necessità sempre di studiare il ricambio organico.

Cerviciti.

La porzione vaginale del collo uterino può essere sede di processi flogistici, acuti e cronici, della più varie etiologia.

Forme settiche, da germi piogeni, sono di solito legate al parto, specialmente se siano intervenute delle lacerazioni o spontanee o traumatiche; si formano allora degli essudati grigiastri, più o meno tenacemente adesi, talora con aspetto difteroide: queste localizzazioni cervicali sono fra le più frequenti nel quadro delle infezioni puerperali e stanno spesso a rappresentarne la porta di ingresso.

Forme settiche cervicali si possono avere nel corso di tentativi di aborto; o in genere come conseguenza di interventi locali eseguiti senza cura della asepsi. In questi ultimi anni poi una nuova categoria di flogosi locali, anche endometriali, è andata diffondendosi come conseguenza della applicazione di pessari antifecondativi, i quali, mantenendo occluso il canale cervicale, determinano un ristagno nella secrezione, e non sempre, o anzi non mai, sono applicati secondo le regole della asepsi, mentre si possono determinare soluzioni di continuo.

Nelle contingenze cliniche più comuni, tolti pochi casi di affezioni banali, e quelli settici su detti, l'elemento etiologico di gran lunga più frequente è il gonococco. La tubercolosi e la sifilide possono pure localizzarsi sulla *portio*, ma determinano lesioni peculiari, che saranno descritte a parte.

La anfrattuosità delle glandole cervicali, racemose, la vitalità del gonococco, che vi trova un ottimo *habitat*, spiegano la tendenza a cronicità delle cerviciti: esse passano traverso alternative di latenza e di acuzie, anche indipendentemente da nuove infezioni, che pure sono talora in giuoco.

Nella fase acuta il collo è tumido, congesto; la mucosa cervicale, protude dall'orifizio esterno a guisa di un collaretto, quando l'orifizio è conservato, come nelle nullipare; la zona di arrossamento sorpassa i limiti dell'orifizio uterino, talora anularmente, talora in modo irregolare; talora le papille del derma sono messe allo scoperto, donde un aspetto punteggiato, e la facilità a sanguinare; talora le papille si ipertrofizzano in modo rilevante, costituendo il quadro della cervicite papillare. La cervicite si accompagna alla produzione di muco-pus più o meno abbondante (secondo i casi) e nella sintomatologia predomina appunto la leucorrea, più o meno purisimile, secondo l'acuzie del processo; si possono avere anche dolori, febbre, nelle fasi acute, sopratutto quando si abbia concomitante flogosi delle vie superiori. L'esame obiettivo può riuscire doloroso se ci sia associazione di vulvo-vaginite,

nello stadio acuto; allora è bene non insistere; nelle fasi subacute invece, o quando la flogosi è circoscritta al collo la diagnosi può essere facilitata dall'uso dello speculum, con cui si possono direttamente rilevare i caratteri del collo.

Un quadro frequente nel collo uterino, e spesso in relazione con fatti flogistici, è quello della cosidetta *erosione*.

È quella famosa *piaga* o *macchia* del collo dell'utero, che è responsabile di moleste persistenti leucorree, talora anche di dolori, ma non certo di tutta la multiforme sintomatologia che levatrici e grosso pubblico le attribuiscono. Su codesto punto già ci siamo trattenuti. Qui riferiamo le più comuni particolarità anatomiche di tali manifestazioni.

Esse si presentano come delle zone arrossate attorno all'orifizio esterno dell'utero; il colorito fa netto risalto su quello roseo-pallido del restante della *portio*; di solito circondano anularmente tutto l'orifizio, più di raro irregolarmente o su una delle labbra; la superficie è un po' granulosa perchè sono allo scoperto le papille del derma e queste anzi per lo più ipertrofiche; dal grado di ipertrofia di esse dipende l'aspetto più o meno vegetante, che la erosione può assumere. La base non presenta durezze speciali a differenza delle forme epiteliali o luetiche; sanguinano però facilmente al contatto.

Dal lato anatomico si tratta della sostituzione dell'epitelio pavimentoso stratificato della *portio* con un epitelio cilindrico a unico strato, con ricca vascolarizzazione, con infossamenti ghiandolari talora ipertrofici.

Nelle forme abituali c'è sempre della leucorrea dovuta a secrezione accentuata da parte delle ghiandole cervicali.

Il momento etiologico sta in processi infettivi talora, ma a volte questi possono mancare; ad ogni modo è raro che si tratti di flogosi circoscritte al collo; quasi sempre coesistono flogosi uterine o degli annessi e dovranno essere ricercate per tenerne conto nella cura, se non si voglia andare incontro ad un insuccesso.

Una forma speciale acquistano le erosioni nel loro processo di guarigione, nel quale le gettate di epitelio pavimentoso passando sopra ai fondi ghiandolari ne occludono gli sbocchi e così preparano la produzione di rigonfiamenti circoscritti, pallidi, sporgenti più o meno sulla superficie (i cosidetti ovuli di Naboth). In questo stadio l'esame istologico delle erosioni è difficile e richiede competenza specifica per evitare equivoci diagnostici, specialmente quando zone di epitelio pavimentoso si affondano entro i lumi ghiandolari.

Le erosioni vanno differenziate dall'*ectropion*, quale si ha nelle lacerazioni del collo; anche qui l'aspetto è roseo, spesso tomentoso, e il rivestimento è fatto da epitelio cilindrico, come è normale entro al canale cervicale; ma restando questo allo scoperto, in rapporto con la vagina, ne derivano alterazioni, metatipie, stratificazioni, con sintomi analoghi a quelli delle erosioni.

Un rivestimento abnorme di tratti della *portio* attorno all'orifizio esterno si può avere anche per fatti congeniti: si parla allora di *erosione congenita*.

Nella sintomatologia delle erosioni e dell'ectropion domina la leucorrea, talora mucosa, talora muco-purulenta; nelle forme papillari si ha spesso anche del sangue, in modica quantità, dopo i rapporti sessuali.

Altri disturbi locali possono aversi sopratutto nelle associazioni flogistiche endometriali o annessiali. Quello che importa è appunto di completare bene la diagnosi, non limitando l'esame alle condizioni del collo; quanto a questo poi fondamentale è il differenziare le forme specifiche, tubercolari, sifilitiche, da quelle banali o gonococciche, e individuare le forme neoplastiche. Se negli stadi avanzati di queste ultime, i caratteri differenziali sono molteplici e non c'è pericolo di equivoco, nemmeno per un ginecologo poco esperto, non così è per gli stadi iniziali; qui occorre molta avvedutezza e pratica: a volte ci è di guida al sospetto semplicemente un senso di durezza maggiore del solito; sempre nei casi dubbi ricordi il medico pratico che non deve ricorrere al criterio del tempo e della evoluzione ulteriore; occorre invece asportare un frammento del tratto sospetto e sottoporlo ad esame istologico. Solo così si faranno delle diagnosi precoci di cancro. In caso diverso si perderà del tempo prezioso.

Endometriti.

Dei veri stati flogistici, acuti o cronici, possono localizzarsi nell'endometrio.

I germi patogeni vi possono essere importati nel corso del parto o del puerperio, o nell'atto sessuale, o traverso manipolazioni strumentali endouterine (sondaggio, raschiamento, medicazioni) o vi possono giungere per via discendente o ascendente dal collo (come in certe forme di tubercolosi).

La forma settica puerperale è varia in ogni modo nell'aspetto, nella profondità, nella sintomatologia clinica, secondo il tipo dei germi in causa, secondo le vie di diffusione, linfatica e sanguigna, secondo la reazione organica individuale; essa trova ampia illustrazione nei trattati di ostetricia.

Le forme ginecologiche, che qui ci interessano, trovano come momento di speciale elezione il periodo mestruale, nel quale l'attecchimento dei germi è favorito dalle soluzioni di continuo che si producono nella mucosa uterina, per lo sfaldamento degli epiteli ed inoltre dalla congestione maggiore, oltre che dalle modificazioni della crasi in genere.

Si accompagnano di solito a localizzazioni anche cervicali, ma possono, almeno in primo tempo, dominare la scena clinica e anatomica.

Si ha di frequente una menorragia, o più di raro una metrorragia, quasi a segnare l'inizio del processo flogistico; c'è inoltre dolore pelvico o sacrale, o diffuso all'addome (quando concomitino fatti di metrite o di metroperitonite), febbre a tipo remittente, stato generale più o meno compromesso, secondo la gravità della forma.

All'esame obbiettivo si notano per lo più i segni della flogosi delle basse vie, uretra compresa; l'utero è dolente alla pressione, e negli

spostamenti; per lo più non c'è apprezzabile aumento di dimensioni, se si tratta solo di endometrite, in utero precedentemente normale. Il decorso di solito è rapido e subentra poi lo stadio cronico o subacuto.

La endometrite a decorso subacuto o cronico può essere secondaria alla fase acuta, nelle forme settiche o blenorragiche, oppure essere tale all'inizio, come nella sifilide, nella tubercolosi, nelle forme senili, o secondarie a tumori (fibromi in necrosi, cancri del collo).

Dal lato istologico si ha infiltrazione parvicellulare o leucocitaria, con prevalenza di plasmacellule, dilatazione dei capillari; nelle forme antiche compaiono anche fibroblasti, fibre connettivali, che mancano di solito nella mucosa nell'età feconda.

Le ghiandole pure presentano delle modificazioni, difficili spesso da identificare, dato che già in condizioni normali esse presentano delle variazioni notevoli nell'aspetto, in relazione con le fasi mestruali.

È comunque frequente vedere aumento del numero delle ghiandole e una aumentata tortuosità del loro contorno, anche in periodi non corrispondenti a quelli della ipertrofia funzionale premestrua.

Vi sono in contrapposto altre forme in cui si ha un predominio netto dell'elemento connettivale, che diventa ricco di fibre, scarso di tubuli ghiandolari. È questa la cosidetta forma interstiziale o sclerotica. Macroscopicamente l'endometrio è allora sottile.

Nella sintomatologia dominano le menorragie più o meno profuse, i dolori uterini, specialmente premestruali, il senso di peso, di ripienezza pelvica, il dolore sacro-lombare; questi ultimi in grado molto vario, non solo in rapporto alla varia gravità della lesione, ma anche in relazione con la costituzione nervosa singola; questa è anche in giuoco nello stabilire le reazioni generali a distanza, il decadimento organico, le varie forme di neurastenia.

Un sintomo però sopratutto domina, anche nella assenza di qualcuno o di tutti quelli su accennati, ed è la *leucorrea*, con carattere vario, secondo la varietà della endometrite, e secondo che si associa o meno la cervicite: la secrezione è mucosa o muco-purulenta, bianca o giallognola secondo i casi; sempre insistente.

Speciali caratteristiche assume la endometrite tubercolare; a volte predomina la forma caseosa fino ad aversi dei veri piometri tubercolari; sono descritti casi di precoce insorgenza fino dall'infanzia che rendono ragione di certe forme di amenorrea primitiva permanente; in altri casi predomina la forma ulcerosa; sempre il processo si arresta nettamente all'orifizio interno; sempre per la distruzione della parte funzionante della mucosa si ha la mancanza della mestruazione.

Una endometrite purulenta dovuta a banali germi piogeni può essere favorita nell'età avanzata dai fatti distrofici a cui la mucosa va incontro e se la secrezione per atresia parziale del collo non si fa strada all'esterno, avremo la forma di un piometra senile. Ricordare che bene spesso il substrato primo è dato dalla tubercolosi o da un cancro.

Vere endometriti purulente si hanno in tumori del canale cervicale e portano anche qui talora al prodursi di un *piometra*. La sintomatologia di questo di solito è abbastanza muta; a meno che i germi non

siano virulenti, manca spesso la febbre o è limitata a pochi rialzi; il dolore locale, presente quando la raccolta si faccia in modo rapido, manca di solito, nelle forme a lungo decorso.

L'utero è variamente aumentato di volume, qualche volta è netta la consistenza cistica; altre volte è un reperto accidentale; nel corso di un sondaggio dell'utero per es. si vede uscire un fiotto di pus impensato.

Fig. 107. – Ipertrofia ghiandolare dell'endometrio; contorno sinuoso di molte ghiandole; in alcune un doppio rivestimento.

Un capitolo un tempo largamente trattato era quello della cosidetta *endometrite ghiandolare ipertrofica*, che si identificava per lo più, con la forma clinica della cosidetta *endometrite emorragica*.

Le cognizioni moderne di fisiopatologia genitale hanno molto ristretto il campo di codesta forma; si vide infatti che molte volte si trattava solo di fatti funzionali dovuti ad alterato trofismo ovarico o a difetti nel circolo sanguigno pelvico o conseguenza di altre lesioni anatomiche; si vide sopratutto che molte delle credute iperplasie ghiandolari, alle quali si credeva di dover riportare una data sintomatologia leucorroica o emorragica, rappresentano delle modificazioni fisiologiche cicliche dell'endometrio in rapporto con la funzione mestruale. L'anatomia patologica d'altra parte ha dimostrato che esistono lesioni concomitanti del miometrio o degli annessi.

Tuttavia si è andati anche troppo in là nel disconoscere del tutto la entità anatomica e clinica della endometrite emorragica ghiandolare; per quanto possa essere davvero improprio il parlare di endometrite,

quando non c'è alcuna nota di un processo flogistico vero e proprio, si tratta però di termini entrati nell'uso e che difficilmente possono essere cambiati, per quanto si sappia che non corrispondono alla essenza del processo.

Ad ogni modo, si parli di endometrite ghiandolare o si preferisca dire con più precisione ipertrofia e iperplasia ghiandolare en-

FIG. 108. – Vegetazioni polipose dell'endometrio con dilatazioni cistiche ghiandolari (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

dometriale, certo si è che molte volte vediamo già macroscopicamente la mucosa uterina diventata spessa parecchi millimetri più della norma, molto più di quanto non sia per le fisiologiche modificazioni mestruali; talora l'aspetto è tomentoso e si possono osservare delle vere escrescenze polipiformi; sicche si può parlare di una *endometrite poliposa*.

All'esame microscopico in tali casi vediamo una esuberanza cospicua delle ghiandole; esse sono, oltre che più numerose, più sinuose e festonate nel loro contorno, con evidenti invaginazioni, ben più riccamente che non negli stadi premestruali. Nelle sezioni trasverse la sinuosità delle pareti può portare a degli aspetti quasi di vegetazioni papillari, mentre le invaginazioni si rivelano per un doppio contorno delle ghiandole; capitano molto facilmente in pieno le pareti e i fondi e al primo momento un occhio non esperimentato può esser tratto a pensare a degli zaffi pieni.

Alcune volte si ha un predominio delle dilatazioni cistiche dei fondi ghiandolari.

Tutti codesti reperti sono nel concetto odierno riportati a disfunzioni ovariche, ma resta pur sempre il fatto della reale esistenza del

reperto anatomico, che quindi, a un certo momento, può anche giustificare una cura locale.

Clinicamente si manifestano con una esuberante secrezione mucosa (leucorrea uterina) e con abbondanza nelle mestruazioni, spesso anticipanti; nelle forme più accentuate c'è associazione con tumori fibrosi dell'utero, con flogosi annessiale, con la cosidetta metrite parenchimatosa.

L'esistenza concomitante di stati patologici spiega come queste forme di ipertrofia endometriale abbiano tendenza a recidivare, anche dopo un raschiamento dell'endometrio; persistendo cioè la causa ovarica, annessiale, uterina, la mucosa si riprodurrà ancora in eccesso e disarmonicamente.

Metrite.

Ci sono dei veri stati flogistici del miometrio, per lo più associati a stati infiammatori della mucosa e che quindi vanno riportati agli stessi fattori etiologici; la mancanza di una sottomucosa, con la tendenza dei fondi ghiandolari a portarsi in profondità fra mezzo ai fasci muscolari, rende ragione di tale diffusione, anche indipendentemente dal trasporto per le vie linfatiche e sanguigne.

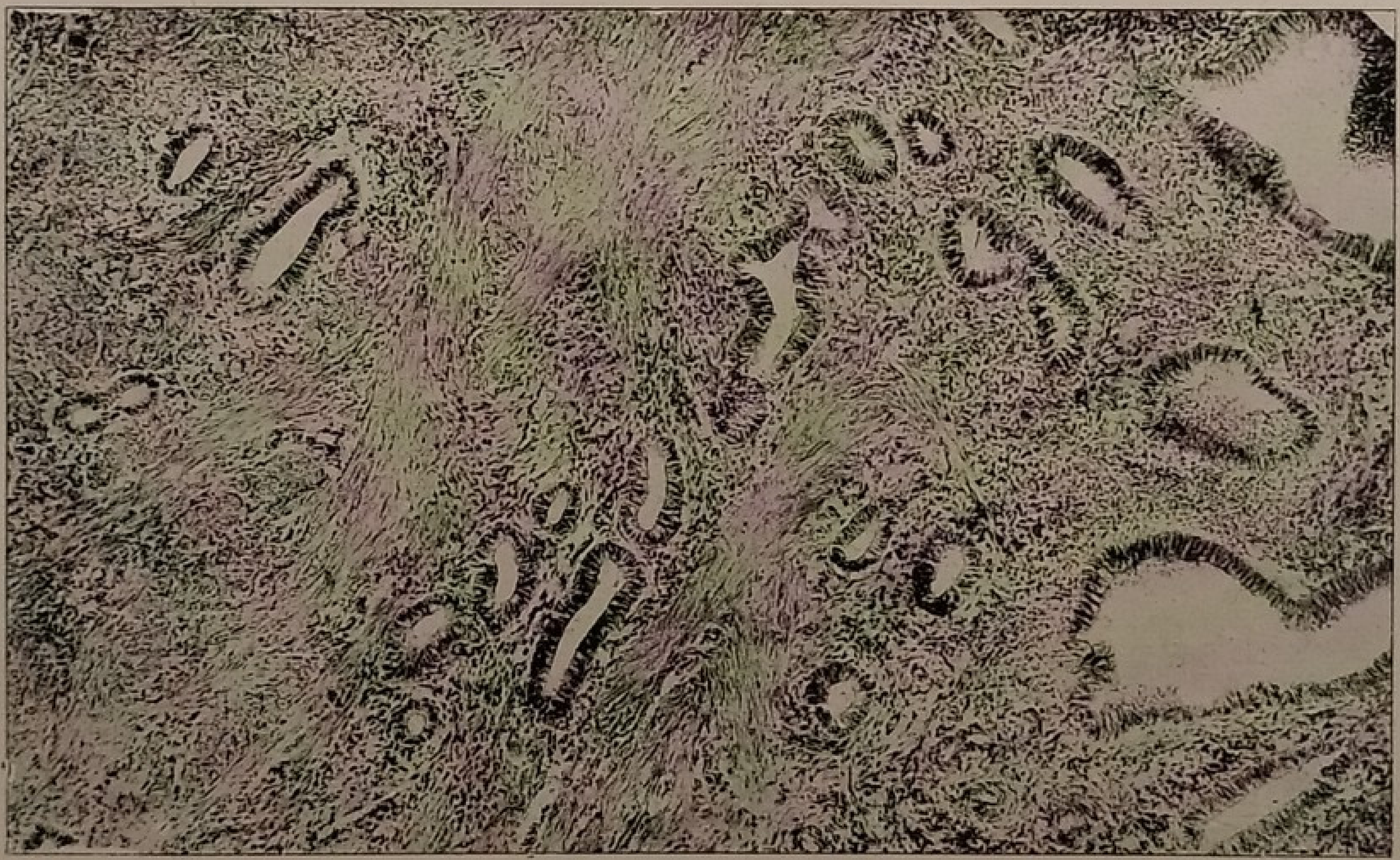


Fig. 109. – Fondi ghiandolari che si addentrano nel miometrio; a destra la parte profonda della mucosa uterina (da Momigliano).

Le vere metriti in senso stretto sono di solito ad andamento acuto; spesso è interessato anche il rivestimento peritoneale, donde la cosidetta metro-peritonite, che suole essere di raro isolata, per lo più accompagnata da una più o meno diffusa peritonite pelvica. Predominano i fenomeni generali dell'infezione, e il dolore locale.

Nel linguaggio corrente si suole conservare il termine di metrite anche per molte forme in cui il fatto infiammatorio manca del tutto o sfugge; si parla infatti spesso di metrite cronica per caratterizzare i casi di aumento diffuso del volume dell'utero accompagnati da menorragie (1).

Alcuni casi possono bensì seguire a fatti flogistici, e vedremo che anche alcuni adenomiomi sono oggi riportati a una genesi flogistica, donde il più proprio nome di adenomiositi; tuttavia nella maggioranza dei casi si tratta di fatti funzionali, congestizi (2), talora di disordini endocrini, di alterazioni vascolari, spesso legate alla sifilide, di disarmonie nella rappresentanza dell'elemento connettivo e muscolare, senza che siano riconoscibili veri fatti infiammatori.

Certo vengono comprese sotto la stessa denominazione forme morbose diverse, nelle quali è comune solo il sintomo emorragia e l'aumento di volume dell'utero.

Nella forma più comune la metrite emorragica compare verso il declinare dell'età feconda; qualche volta c'è una storia di pregressi fatti infiammatori specialmente di natura blenorragica, altre volte c'è uno spostamento dell'utero o una difettosa involuzione puerperale; ma in moltissimi casi manca ogni precedente ginecologico.

Oltre al sintomo fondamentale dell'emorragia, si ha spesso senso di peso al basso ventre, dolori lombo-sacrali, leucorrea intermestrua. Le emorragie si istituiscono di solito lentamente e vanno aumentando in forma progressiva, ma qualche volta, specialmente nelle persone anziane, si può avere un inizio improvviso.

All'esame genitale l'utero è aumentato di volume in modo uniforme, più o meno, secondo i casi, fino ad essere paragonabile ad un utero gravido di due o tre mesi; la consistenza è dura; la cavità uterina risulta ampia all'isterometro, spesso dolente e sanguinante. Il collo è grosso, spesso congesto; è di solito scarsa la flessibilità dell'istmo. Alla sezione dell'utero risulta che l'aumento di volume è dovuto sopratutto allo strato muscolare; non è raro trovare disseminati dei piccoli nodetti fibrosi; il colorito è per lo più pallido; spesso a distinte trabecole; i vasi sogliono essere sclerotici e formano ben presto dei rilievi sulla superficie di taglio. L'endometrio è di solito ispessito, talora con

---

(1) Il nome è ormai entrato nell'uso, tanto che difficilmente si potrà sostituirlo, anche perchè i vari termini proposti non sono felici. Così Cova, a cui dobbiamo una esauriente monografia al riguardo (Atti Soc. It. Ost. e Ginec., 1920, vol. XX), osserva giustamente che il termine di *metropatia emorragica* è troppo estensivo, includendo, se preso alla lettera, anche il cancro, i fibromi, i sarcomi, ecc.; e sarebbe d'altra parte incompleto, perchè si riferisce solo all'utero, mentre invece sono in causa disturbi funzionali di altri organi (ovaio, ghiandole a secrezione interna). Più preciso sarebbe parlare di metrorragie essenziali, o metrorragie di natura non determinata; ma, ripetiamo, tanto vale conservare il nome di metrite emorragica.

(2) Sulle cause di questi stati congestizi vedi a pag. 86 e 155. Qui ricordiamo, che per alcuni Aa. (scuola di Theilhaber), i disturbi di circolo sarebbero però inizialmente in rapporto con una *insufficienza* contrattile della muscolatura uterina; il predominio del sistema venoso rende preminente nella circolazione sanguigna dell'utero il coefficiente dato dalla contrazione ed ecco che ove questa sia deficiente insorge la stasi. È però da soggiungere che l'aumento del tessuto connettivo a danno dei fasci muscolari non è da tutti confermato nelle metriti.

formazioni polipose; più di raro è atrofico. Le ovaie sono spesso grosse con follicoli multipli cistici, ossia col quadro della cosidetta ovarite sclerocistica.

Per ciò che riguarda la diagnosi, si tratterà spesso di differenziare i piccoli fibromi, che ingrandiscono uniformemente l'utero, gli adenomiomi, il cancro o il sarcoma della mucosa uterina.

Molte volte la diagnosi differenziale sicura può essere posta solo con un raschiamento diagnostico, che permetterà, al successivo esame microscopico, di identificare il cancro o il sarcoma. Anche dopo un raschiamento può permanere della incertezza in caso di fibroma, quando esso non sporga verso la mucosa. A volte solo esami a distanza o il decorso successivo possono chiarire il caso, come avvenne in quello già ricordato a pag. 11.

Una possibilità, che non va mai dimenticata, è quella della genesi sifilitica, come sarà detto più avanti. Inoltre sono della massima importanza lo studio costituzionalistico e la ricerca dei fattori di stasi pelvica, sui quali ci si è già a lungo trattenuto nel capitolo sulle metrorragie e menorragie, dove anche si è messa in luce tutta l'importanza del fattore ovarico ed anzi del fattore endocrino in genere. È inutile quindi ripeterci.

Annessiti.

Annessiti, salpingiti, salpingoovariti, ovarosalpingiti, sono tutti termini usati per indicare la flogosi localizzata alle trombe e alle ovaie o ad entrambe, come nel più delle volte avviene; certo clinicamente non sempre è possibile differenziare le varie forme e trova quindi giustificazione il termine generico di annessiti.

La parte più interessata è sempre la tromba e per lo più in tutti i suoi strati: mucoso, muscolare, sieroso. Sono ben rare le semplici endosalpingiti, catarrali o purulente: di solito si associa la meso- e la perisalpingite; alcune volte prevale la forma infiltrativa dando ispessimenti diffusi nello spessore tubarico; a volte prevale il fatto essudativo e se l'essudato resta raccolto nel lume tubarico (in virtù di aderenze del padiglione con l'utero o con l'ovaio ovvero in virtù della saldatura delle stesse frangie del padiglione unite per la loro faccia sierosa), si arriva a delle raccolte tubariche di varie dimensioni, per lo più con una forma a storta, nella quale le prime volute sono poco grandi, mentre il massimo della distensione si ha nella parte ampollare.

Si parla allora di *sactosalpinge*, che si divide nelle due forme principali di *piosalpinge* e di *idrosalpinge*, secondo la qualità del contenuto.

Di raro, se non concomitino p. es. fatti gravidici nell'altra tromba o se non sia avvenuta una torsione del sactosalpinge, si ha del sangue a colorare il liquido; non è mai ad ogni modo un vero ematosalpinge.

L'ovaio non è frequentemente interessato nel suo parenchima, mentre lo è quasi costantemente nel suo rivestimento, ossia è coperto da essudati, fibrinosi prima, poi fibrosi, in modo da restare aderente sia con la tromba che con la parete uterina e da essere, per così

dire, escluso dalla cavità peritoneale, non potendosi più in questa aprire i follicoli (donde sterilità, dolori premestruali, ovaie cistiche follicolari).

Ci sono però anche casi di vera ovarite, anzi si arriva fino al vero ascesso dell'ovaio, per lo più nella sede di un follicolo scoppiato, sicchè si parla di solito di *ascesso del corpo luteo.*

Molto spesso è interessato pure il peritoneo pelvico e si istituiscono aderenze fra questo, gli organi genitali, l'intestino e l'omento.

A destra è spesso interessata l'appendice. Qualche volta c'è proprio un rapporto anche etiologico fra appendicite e lesione annessiale; ma spesso è solo un rapporto di contiguità. Negli interventi ginecologici troviamo di frequente aderenze antiche della appendice sana con gli annessi e ci spieghiamo allora bene come la sintomatologia fosse in certi casi equivoca.

Fig. 110. – Salpingite bilaterale; a sinistra forma parenchimatosa, con occlusione del padiglione; a destra grosso sactosalpinge (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Forma, dimensioni, posizione delle trombe infiammate possono variare all'infinito; ogni caso è diverso dall'altro.

Per lo più le trombe ingrossate si portano posteriormente all'utero sulla parte bassa; ma vi sono forme in cui le due sactosalpingi si avvicinano fra loro al disopra del fondo uterino o perfino al davanti rendendo in tali casi la diagnosi particolarmente difficile. Questo avviene sopratutto nelle forme ad andamento subacuto come nella tubercolosi.

Quando i due sactosalpingi non solo si avvicinano e si uniscono, ma si fondono a livello del padiglione, si parla di *sactosalpinge confluente.*

Un'altra varietà, anche questa per lo più nelle forme tubercolari, consiste nella formazione fra l'uno e l'altro annesso di una raccolta saccata, purulenta o caseosa, di vario volume, alla quale si dà il nome di piocele intertubarico.

Una forma che si deve ancora ricordare è quella che porta a ingrossamenti nodulari disseminati lungo il decorso delle salpingi; può essere interessata anche la porzione interstiziale e allora si formano dei manifesti rilievi agli angoli tubarici.

Nella tubercolosi tubarica la forma nodulare ha anche importanza diagnostica e si parla di una forma a rosario.

Nelle forme suppurate si possono avere vari esiti: la persistenza a lungo della raccolta con attenuazione dei fatti acuti e sterilizzazione del pus; la saldatura con visceri vicini, specialmente l'intestino e la usura di essi dando esito per via extragenitale al pus (svuotamento per il retto, per la vescica); la trasformazione graduale della

raccolta purulenta in una sempre più sierosa, fino a giungere all'idrosalpinge.

Per lo più la lesione annessiale è bilaterale, pur avendo varia gravità da un lato all'altro.

All'esame istologico nelle forme catarrali si osserva spesso una iperplasia cospicua delle pliche tubariche e nei gradi più spiccati ne possono derivare delle formazioni pseudo-adenomatose, giacchè la saldatura di pliche contigue potrà dare l'apparenza di ghiandole. Negli stati più gravi si giunge ad una completa occlusione del lume, il quale ultimo esito è sopratutto manifesto nelle salpingiti tubercolari.

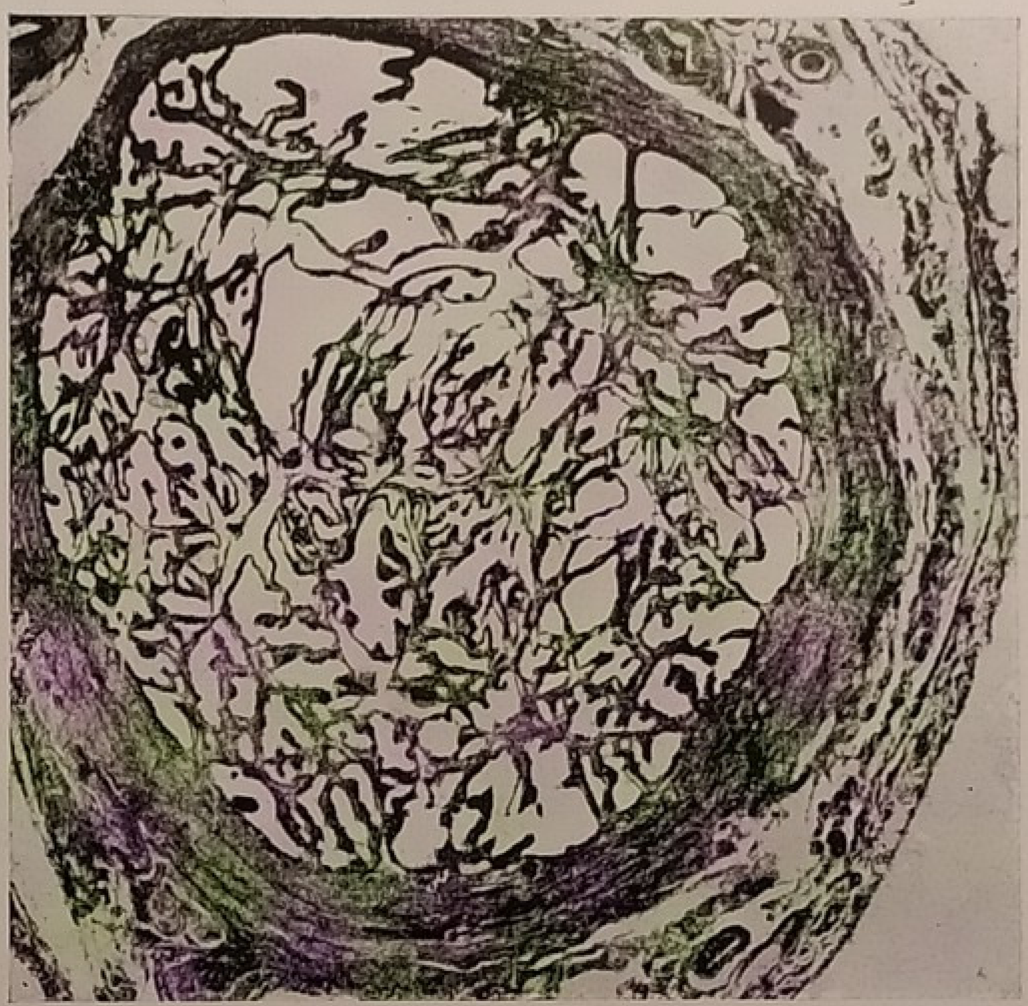


FIG. 111. – Endosalpingite: le pliche tubariche ipertrofiche si saldano fra loro dando un aspetto adenomatoso (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Queste sono anche le forme, nelle quali più spiccata può divenire la tendenza vegetante delle pliche tubariche, fino a poter parlare di una *salpingite papillare*.

Nelle forme suppurative è intensa la infiltrazione polinucleare; cadono in più punti le ciglia vibratili e lo stesso epitelio di rivestimento; l'infiltrazione si diffonde sempre anche allo strato muscolare, derivandone un aumento di spessore della parete tubarica: spesso è poi interessata pure la sierosa, donde essudati fibrinosi prima e poi aderenze fibrose con gli organi contigui.

Modificazioni del lume, dell'epitelio di rivestimento, della muscolare, aderenze della sierosa sono quindi fra i postumi permanenti delle salpingiti, che ci rendono ragione delle conseguenze solite a verificarsi: sterilità, gravidanze extrauterine, dismenorrea, dolori.

Le vie di infezione sono varie; rara è quella ematica; le infezioni discendenti dal peritoneo sono pure rare e quasi solo nella tubercolosi, mentre nella grande maggioranza sono ascendenti, da infezioni del collo o dell'endometrio, sia per contiguità della mucosa, sia per invasione dei linfatici.

Nella sintomatologia il fatto preminente è sempre il dolore, sia nella fase iniziale che nelle fasi tardive.

All'inizio il dolore è accessuale, acuto, vivo, lancinante; localizzato nei quadranti inferiori dell'addome, si irradia lungo l'arto inferiore (territorio dello sciatico o talora del crurale), al sacro, ai lombi; si esacerba con i movimenti, col tocco.

Si accompagna a febbre, di solito intermittente, con vari fastigi, anche in rapporto con il tipo del germe in causa o con la estensione della flogosi.

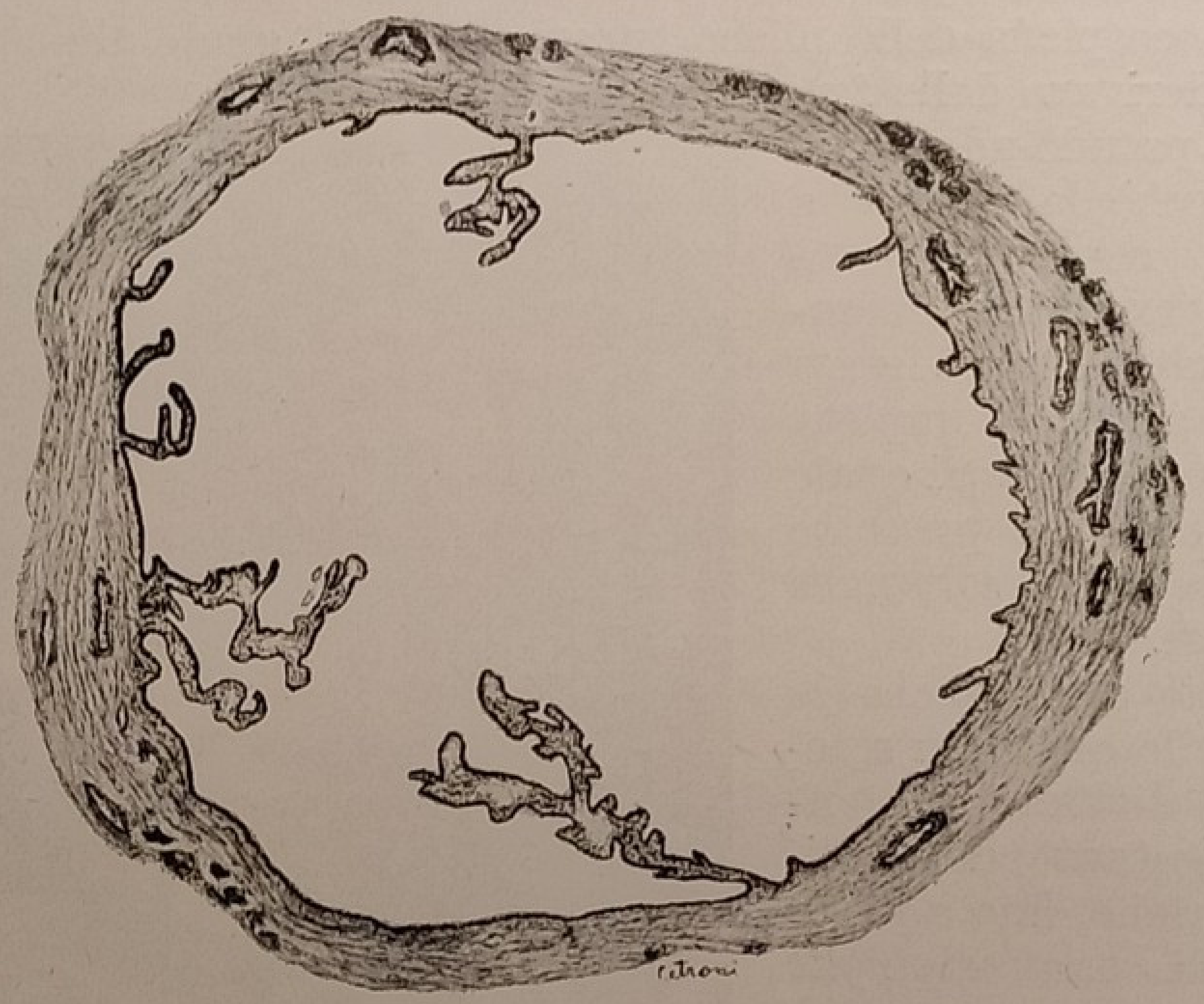


Fig. 112. – Sactosalpingite; riduzione delle pliche tubariche, atrofiche (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Quando la reazione del peritoneo pelvico sia accentuata non mancano i segni del peritonismo (ventre tumido, meteorismo, di-

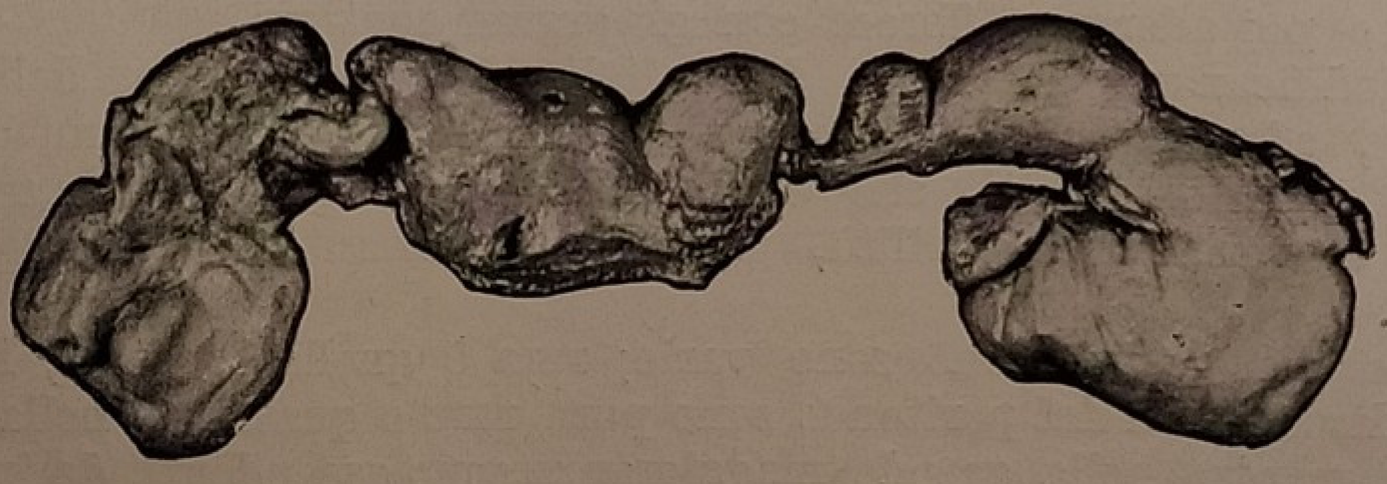


Fig. 113. – Sactosalpinge bilaterale con salpingite nodosa interstiziale (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

fesa muscolare nei quadranti inferiori, nausea o vomito, arresto intestinale).

Nell'attenuarsi della fase acuta di solito i primi a diminuire sono i fatti reattivi peritoneali e la febbre; questa scende solitamente per

lisi, ha però tendenza a riaccensioni o accidentali o provocate da incongruo trattamento o da precoce abbandono del letto.

Concomitano facilmente disturbi vescicali (disuria, pollachiuria), specialmente nelle forme gonococciche; non mancano irregolarità intestinali (stipsi ostinate o fatti di enterocolite secondaria).

Dal lato della mestruazione il più delle volte si ha una eccessiva abbondanza di essa e una anticipazione abnorme, specialmente se sia cointeressato l'endometrio e se dominino i fatti di congestione pelvica. In altre forme la mestruazione può non avere alcuna modificazione nel ritmo abituale, come si può invece avere una amenorrea di durata varia; questa ultima di solito può indirizzare alla genesi tubercolare.

Fra i sintomi concomitanti v'hanno talora i fatti flogistici delle basse vie genitali con secrezione purisimile.

Nella fase apirettica le sofferenze sono più o meno accentuate secondo il tipo psichico costituzionale e secondo i relitti anatomici, che possono essere delle voluminose raccolte o delle semplici aderenze. Non sempre la sofferenza o la ripercussione sulle funzioni intestinali o sulla mestruazione sono proporzionate alla entità grossolana delle lesioni.

I postumi del processo annessiale hanno lunga durata, specialmente nelle forme tubercolari e nelle gonococciche; maggiore facilità a risoluzione si osserva nelle forme settiche puerperali.

Le molestie residue sono in rapporto con le aderenze che si formano fra utero, annessi, peritoneo pelvico, intestino, omento, ecc.; anche è da considerare che il materiale purulento a lungo portato determina ripercussioni sullo stato generale, ma sopratutto va ricordato che lo spegnersi della fase acuta del processo non corrisponde alla morte globale di tutti i germi patogeni in causa; pure indipendentemente da nuove infezioni (che sono sovente in giuoco, quando seguitino i rapporti sessuali ed il marito non sia guarito), assistiamo a riprese della virulenza dei germi, che si potevano credere spenti, e allora si hanno riacutizzazioni del processo, appena queste donne abbandonino le cure, il riposo, che sono elementi fondamentali per lo meno per mantenere il processo allo stato latente se non per guarirlo.

Ma anche senza acutizzazioni febbrili gravi le donne già affette da annessite soffrono spesso per dolori, nelle passeggiate, nelle fatiche in genere, nella mestruazione, talora anche nel coito.

Questo avviene specie quando l'ovaio abbia contratto aderenze col fondo del Douglas in modo da essere raggiunto direttamente nel rapporto sessuale.

Ricordare anche che fra i postumi figura la retroflessione dell'utero.

Una conseguenza frequente è pure la sterilità, sia dovuta alle modificazioni avvenute nella mucosa tubarica (caduta dell'epitelio, saldatura di pliche, atresia), sia per la deformazione cicatriziale inerente alle aderenze periferiche, sia per la occlusione dei padiglioni, sia ancora perchè l'ovaio resta come coperto da cotenne fibrose che non permettono la regolare deiscenza dei follicoli.

La diagnosi generica di annessite risulta per lo più dalla su detta sintomatologia.

Nella fase acuta a volte la difesa addominale è così accentuata che l'esame combinato non è fruttuoso, mentre con l'esame vaginale si raccoglie solo il dato della dolorabilità estrema dei fornici o eventualmente si possono rilevare i dati della concomitante flogosi vulvo-cervicale.

A volte appare una sconcordanza fra reperto e fatto doloroso e ciò in certe forme acute di endosalpingite catarrale; vediamo ammalate con febbre elevata, con dolori violenti localizzati alla regione degli annessi e non riusciamo a palpare masse distinte anche quando la parete

FIG. 114. – Aderenze fibrose dell'utero e degli annessi con le anse intestinali (da CROSSEN).

addominale sia cedevole; solo a distanza di giorni, il processo acuto annessiale, allora sospettato, si rende palese con la tumefazione più o meno voluminosa.

Nelle forme acute o subacute guardarsi dal fare manovre brusche e da pressioni eccessive; si rischierebbe di rompere aderenze provvidenziali che si fossero formate o di disturbare quelle che stessero formandosi.

Più preciso e fruttuoso è quasi sempre l'esame obbiettivo nelle fasi subacute e spente.

Se la raccolta tubarica è voluminosa, è facilmente percepibile anche all'esame addominale come una resistenza dolente; con l'esame combinato se ne possono delimitare i contorni, la forma, il volume e i rapporti con l'utero.

Spesso troviamo l'utero aumentato di volume nelle forme gonococciche, o semplicemente per la congestione flogistica o per la concomitante metrite.

Però quando esistano prevalenti i fatti di reazione peritoneale o le masse tubariche siano voluminose, può non essere possibile il precisare la posizione dell'utero restando esso inglobato fra le masse flogistiche.

Per l'orientamento di massima ricordare i seguenti dati:

la tumefazione tubarica sposta l'utero dal lato opposto;

le masse annessiali prendono aderenza facile colla parete pelvica e restano così fisse; sono dolenti alla pressione, talora anche dopo spento il dolore spontaneo;

la flogosi annessiale è per lo più bilaterale.

Qualche volta si resta in dubbio nel differenziare una raccolta tubarica da gravidanza extrauterina; non, si intende, nei casi tipici ma quando p. es. sopravvenga una suppurazione dell'ematocele accompagnata da febbre, da dolore riacutizzato e manchino nella storia i dati caratteristici più abituali. Un elemento importante può essere la unilateralità della lesione, mentre nelle flogosi più spesso sono interessate entrambe le trombe; inoltre ricercheremo la consistenza, il modo di insorgere, la presenza di perdite sanguigne irregolari persistenti e così via, come si dirà a proposito della gravidanza tubarica.

Fra le diagnosi differenziali non va dimenticata quella con i tumori dell'ovaio, pelvici; si intende che tale possibilità non verrà in campo se la cisti sia mobile, sferoidale, ossia se si tratti di un caso tipico in cui si riesce a dimostrare l'utero indipendente, non deviato dalla linea mediana. Ma a volte si può avere una torsione sul peduncolo e una reazione successiva peritoneale tale da lasciare delle incertezze.

Gli essudati peri-appendicolari possono talora, per la sintomatologia, essere scambiati con fatti annessiali; guiderà la localizzazione più alta del dolore, e l'esame vaginale toglierà ogni dubbio, tranne pei casi, del resto rarissimi, in cui si abbia una varietà pelvica dell'appendice, perchè allora si può avere un essudato pure nel Douglas. Sui caratteri differenziali con la peritonite pelvica e la parametrite è detto più avanti.

Tra le tumefazioni tubariche di origine non flogistica e che occorre talora differenziare vanno ricordati gli *adenomiomi* e il *cancro*. Il cancro sarebbe caratterizzato dalla nettezza della tumefazione dura, rapida nel suo evolvere, senza febbre, con frequenti e precoci disseminazioni nodulari nel peritoneo pelvico; è però da ricordare che nella pratica si tratta per lo più di reperti operatori, e non diagnosticati prima oltre che per i segni non univoci, anche per la rarità della malattia che quindi non viene sospettata. Più facile è pensare a degli adenomiomi tubarici, che del resto si confondono talora con le forme di salpingite nodosa istmica di netta genesi flogistica.

La diagnosi dei postumi di flogosi annessiale è chiara quando esistano ancora palpabili degli ingrossamenti, diffusi o nodulari, delle trombe e dei rigonfiamenti cistici delle ovaie; più difficile nei casi in cui tutto si riduce a delle briglie fibrose periannessiali, che tuttavia possono essere a base di dolori, di facilità al vomito; ci penseremo trovando degli spostamenti posteriori o laterali dell'utero, della dolorabilità a livello degli annessi: certo non dovremo negare ogni lesione anche se noi non la percepiamo, specialmente nei grossi ventri o nelle donne con pareti tese; sopratutto dei postumi di tubercolosi infantile possono sfuggire, come risulta a chi abbia larga esperienza operatoria.

Qualche dato speciale si può rilevare se si arriva ad uno degli esiti delle salpingiti, ossia all'*idrosalpinge*. Vi fa pensare anzitutto la storia di un pregresso fatto flogistico; la mancanza di fatti suppurativi in atto; la assenza della febbre, pur con una raccolta di solito voluminosa; il contorno netto e la forma allungata con un decorso tortuoso e la parte corrispondente all'angolo uterino sottile; la facile fluttuazione per la sottigliezza della parete possono farci differenziare l'idrosalpinge dal piosalpinge, in cui la forma è più a storta, la parete è spessa, la consistenza cistica meno manifesta, la dolenzia maggiore e sono inoltre presenti o recenti i fatti flogistici suppurativi.

FIG. 115. – Idrosalpinge terminale (la raccolta sierosa interessa solo l'ultima parte della tromba; nel resto questa è sottile) (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Non si può differenziare la *cisti tuboovarica*, ossia quella peculiare formazione cistica alla cui costituzione concorrono in proporzioni varie l'ovaio e la tromba, con predominio ora dell'uno, ora dell'altra.

Il medico pratico, posta la diagnosi generica di annessite, di sactosalpinge, di compartecipazione del peritoneo pelvico, si industri specialmente a mettere in luce la natura della flogosi, il che ha la massima importanza dal lato terapeutico.

Nella etiologia lasciando da parte le varietà eccezionali dovute all'indovarsi negli annessi di un processo infettivo generale (melitense, scarlattina, influenza) ed esclusa la possibile genesi puerperale, nella quale dobbiamo invocare l'azione dei comuni piogeni (streptococchi o stafilococchi) escluse le rare forme da bac. coli (nelle appendiciti, sigmoiditi) restano di solito due germi in discussione: il gonococco e il bacillo di Koch.

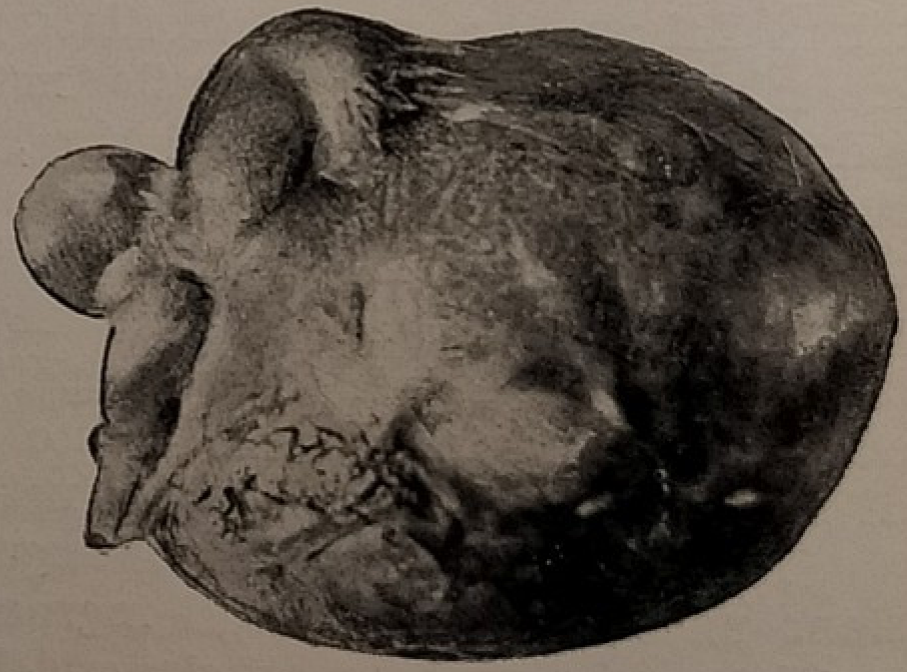


FIG. 116. – Cisti tuboovarica (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

L'abito, lo stato generale, la concomitanza eventuale di altre lesioni specifiche, attuali o pregresse, l'insorgenza subdola, la persistenza a lungo di movimenti febbrili serotini, il carattere delle masse palpabili, l'età delle malate e la eventuale verginità, sono tutti dati che faranno portare al pensiero di una genesi tubercolare, mentre la insorgenza e il decorso acuto con alte febbri iniziali, il rapporto col fattore sessuale, la coesistenza di perdite

vaginali purisimili per vulvite uretrite cervicite, ci guideranno a mettere in causa la blenorragia. Si intende che non mancano altri mezzi sussidiari come la ricerca del gonococco nel secreto vaginale, nel muco cervicale, oppure la ricerca in questo ultimo dei bacilli di Koch, ovvero la cutireazione alla tubercolina che se è presente, intensa, di lunga durata, ha un discreto valore.

Peritonite pelvica.

Peritonite pelvica o pelviperitonite è la flogosi del peritoneo che riveste il piccolo bacino e gli organi in esso contenuti; di raro primaria, per lo più secondaria alla flogosi degli annessi o dell'utero, o propagazione in basso (talora elettiva, come nella tubercolosi) di una peritonite generalizzata.

Nelle annessiti non manca mai la reazione del peritoneo, per quanto essa sia variamente estesa; e ne troviamo sempre o quasi traccia, quando, intervenendo operativamente nelle forme spente, ci imbattiamo in aderenze fibrose più o meno tenaci e multiple degli annessi col peritoneo parietale del bacino o colle anse intestinali o con l'omento o con la stessa sierosa dell'utero.

Ma qui si vuole sopratutto soffermarci sulle forme in cui la reazione peritoneale, per la sua intensità e la sua diffusione, passa in primo piano dominando la scena clinica.

Nella etiologia troviamo: il gonococco, specialmente nelle forme associate alla salpingite; il b. di Koch, sia in associazione con la salpingite, che con la peritonite diffusa; altri germi patogeni piogeni (stafilo- e streptococchi) nelle forme di origine puerperale (dopo parti od aborti e in questi ultimi per lo più in quelli provocati), ma troviamo anche solo il b. coli, ovvero altri germi infettivi vari, quando si tratti di localizzazioni pelviche di una sepsi generale (influenza, melitense).

Delle vie di accesso dei germi, tolta quella rara peritoneale e quella pure rara ematica, hanno il predominio le diffusioni dirette traverso le trombe per contiguità di mucosa e quelle traverso la rete linfatica ricchissima dell'utero.

Le peritoniti pelviche acute sono caratterizzate:

dal lato anatomico:

dal prodursi di un essudato più o meno abbondante su una superficie più o meno estesa (1), fibrinoso, sieroso, sierofibrinoso o sieropurulento, secondo il germe e secondo lo stadio del male, essudato che fa stabilire aderenze fra la superficie uterina, gli annessi, il peritoneo parietale e posteriore, le anse intestinali, l'omento (questo ultimo quasi senza eccezione ed è spesso, col suo accorrere, provvidenziale, perchè serve ad escludere la pelvi dalla grande cavità addominale, evento fortunato e salvatore nelle forme più gravi, perchè è temibile sempre la diffusione nella grande sierosa addominale).

---

(1) Quando la flogosi rimane limitata alla regione dell'utero si parla anche in senso stretto di una *perimetrite*, ma per lo più non si può così circoscriverla ed è meglio adottare il termine più comprensivo.

A volte l'essudato, in prevalenza fluido, forma delle vere raccolte fluttuanti, che hanno sede di elezione nel Douglas formando un'unica saccoccia (il cosidetto *ascesso del Douglas*); a volte si distribuisce nelle anfrattuosità residue fra le trombe distese per il processo infiammatorio.

Dal lato clinico:

dal *dolore vivo*, continuo, localizzato al basso ventre, spontaneo, e provocato al minimo movimento, al più piccolo urto, cosicchè l'esame diretto è male tollerato e poco fruttuoso circa i fini particolari, anche per la *difesa addominale*, nettamente limitata ai quadranti inferiori dell'addome;

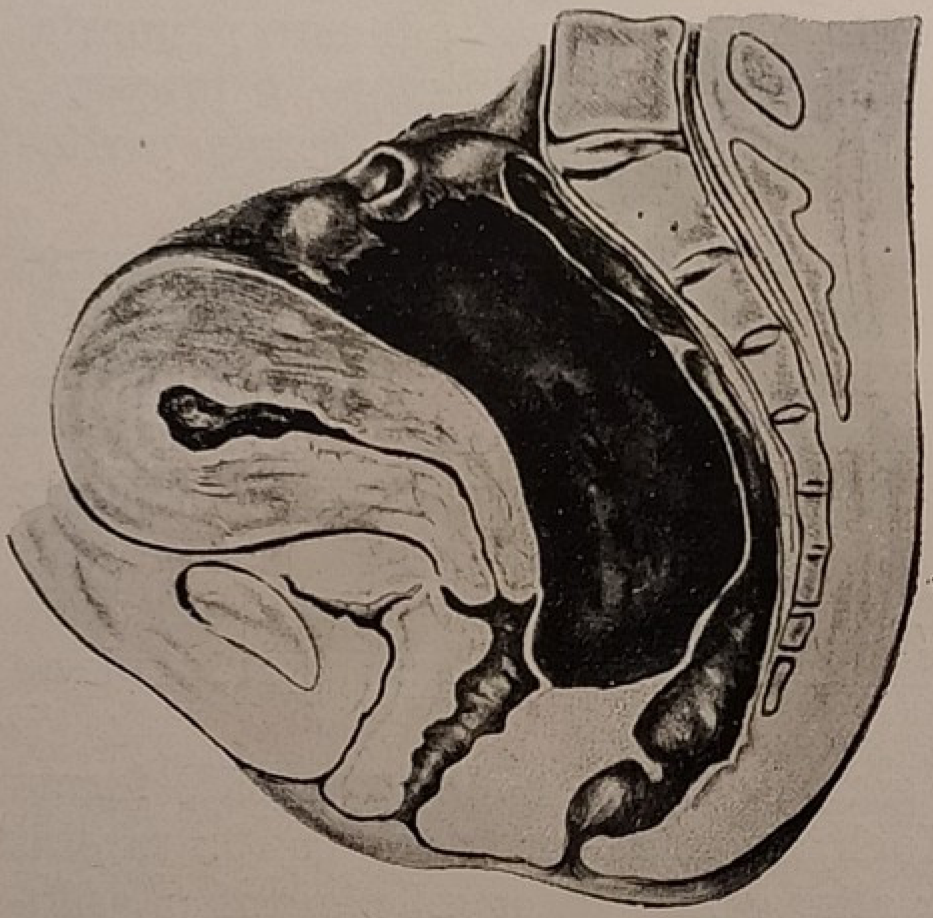


FIG. 117. – Peritonite pelvica; tutto il Douglas è occupato dalla tumefazione flogistica, il cui tetto è formato dalle anse intestinali (da JASCKE e PANKOW).

dal *meteorismo* e, nelle fasi iniziali, dal vomito;

dalla *febbre* di solito intermittente, iniziantesi con freddo, di varia altezza secondo la gravità, la estensione, il germe e lo stadio;

dalla frequenza del polso che persiste anche nella defervescenza e che ha particolare carattere di piccolezza e frequenza con mancata corrispondenza fra esso e la temperatura, tanto più se la forma è grave e sopratutto quando tende a estendersi nel grande peritoneo.

La *diagnosi* è di solito facile.

Nella fase acuta, poco dimostrativo è per lo più l'esame genitale, se ne togliamo il reperto della dolorabilità squisitissima e del senso di resistenza più o meno spiccato traverso il fornice posteriore; la difesa addominale d'altronde permette male di utilizzare la manovra combinata.

Ad essudato costituitosi esso è facilmente percepito e mano mano verrà meglio delimitato col regredire della fase acuta.

Verranno in iscena le possibili diagnosi differenziali con l'annessite, la parametrite, l'appendicite, l'ematocele, i tumori.

L'appendicite può portare in errore nelle forme ad evoluzione pelvica, nelle quali si può produrre una raccolta di pus molto bassa; ma negli altri casi – la grande maggioranza – l'esame genitale negativo permetterà di accertarla per quanto la fenomenologia iniziale brusca sia molto analoga.

Nell'ematocele retrouterino non mancheremo di rintracciare elementi di diagnosi nella storia e nelle perdite sanguigne irregolari, nella pastosità caratteristica della raccolta ematica, nello stato anemico, nella mancanza di febbre, ecc. Nè mancheranno altri sussidi, come

l'esame delle urine (acetone), del sangue (assenza di leucocitosi, sedimentazione meno rapida, ecc.). Nei casi poi di persistente dubbio la puntura esplorativa del fornice sia per questo che per altri dubbi diagnostici (natura del liquido, specie del germe patogeno ecc.) risolverà il problema.

L'annessite (piosalpinge) che fosse stata predominante viene poi a rendersi evidente per la maggiore delimitazione della parete, con la forma allungata e i rapporti con l'utero, di solito differenziabile, tranne quei casi, in cui l'annesso prende non solo aderenza tenace con il corpo uterino, ma si sposta dai consueti rapporti mettendosi posteriormente in basso.

Potrebbe talora trattarsi di un tumore ovarico, che, tortosi sul peduncolo (donde la crisi acuta dolorosa), fosse andato presto incontro ad una suppurazione del contenuto.

Ma sopratutto la diagnosi va posta nei confronti con la parametrite o cellulite pelvica, nella forma posteriore, che se è meno frequente pure può osservarsi.

Qui ci guida il criterio della patogenesi, che per la parametrite richiede di solito la fase puerperale o delle soluzioni di continuo del collo, mentre queste possono mancare del tutto nelle pelvi-peritoniti; ed inoltre terremo presente che pur con febbri intermittenti elevate, anche più che non nella peritonite, lo stato generale si mantiene meno grave, manca di solito la reazione peritoneale, il polso è meno frequente; inoltre, nella parametrite l'essudato è per lo più duro; nelle forme di parametrite posteriore suppurata, è interessato lo spazio rettovaginale e l'essudato suole scollare la vagina dal retto fino molto in basso, a volte a fiore quasi della vulva.

Del resto non dobbiamo dimenticare che non è poi rara la associazione delle due flogosi; nè lo scambio diagnostico avrebbe in fondo conseguenze gravi, mentre queste ci sarebbero nel caso di appendicite o di tumore.

Gli esiti sono vari:

il peggiore è, nelle forme virulente, la diffusione alla grande cavità peritoneale. Lo si vede per lo più nelle forme consecutive ad infezioni puerperali; lo si è visto in casi di forme primitivamente tendenti a localizzarsi, dopo incongrua somministrazione di purganti o dopo traumatismo sull'apparato genitale; vi ha certo importanza la virulenza dei germi, la difesa organica generale e locale con la produzione di benefiche aderenze omentali, ecc.;

l'incistamento dell'essudato che, finita la fase acuta, può lentamente ridursi o passare alla forma sierosa;

l'apertura spontanea della raccolta sia traverso la vagina che traverso il retto, più di raro in vescica o in altri segmenti dell'intestino con cui la massa abbia assunto aderenze;

il riassorbimento graduale della parte fluida e la organizzazione degli essudati fibrinosi, con produzione di lacinie fibrose, che vincolano utero, annessi e peritoneo con anse intestinali od omento. (Ne derivano talora delle retroversioni). E sono codeste aderenze, che in seguito concorreranno a dare molestie nei periodi mestruali, rendendo dolorosa

la congestione premestrua, difficile la ovulazione per le cotenne fibrinose che possono avvolgere l'ovaio ed inutile poi funzionalmente se l'ovicino non può trovare la via delle trombe, essendo l'ovaio come escluso dalla cavità peritoneale; ne deriveranno disturbi a carico dell'apparato digerente (facilità a nausee e a vomito se residuino aderenze omentali; stipsi), saranno dolorosi i rapporti sessuali se ne sia derivata una fissazione dell'ovaio, sensibilissimo, nel fondo del Douglas.

Si tratta di donne che hanno per molti anni minorata la loro attività. Non va poi dimenticato che c'è una tendenza alle recidive, sopratutto se sia stata a base della crisi una lesione annessiale; così queste donne devono circondarsi di cautele, di riposo, di cure, se non vogliono ritornare ad ammalare.

Ossia nelle peritoniti pelviche di solito la prognosi *quoad ad vitam* è buona, nonostante gli inizi talora burrascosi del male; ma una *restitutio ad integrum* perfetta è rara.

Parametrite e cellulite pelvica.

Diamo il nome generico di cellulite pelvica o di parametrite alla flogosi del connettivo, che circonda la parte bassa ed i margini dell'utero estendendosi fra il peritoneo pelvico e le pareti del bacino, ai lati, mentre in basso è limitato dalla fascia dell'elevatore dell'ano (il connettivo sottostante si sa far parte del cavo ischio-rettale).

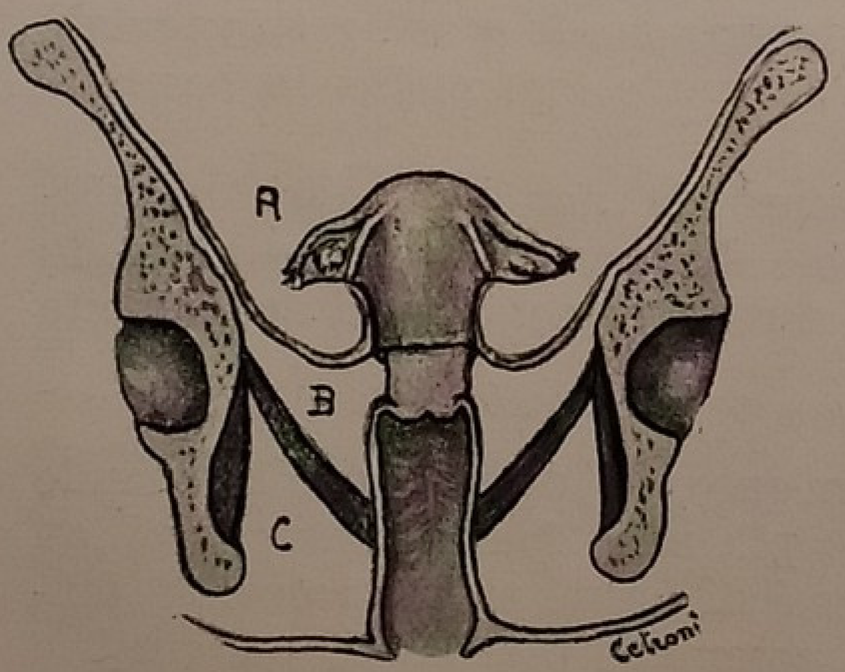


FIG. 118. – Sezione schematica della pelvi; *A*: cavo peritoneale; *B*: parametrio; *C*: cavo ischiorettale.

La disposizione del connettivo è evidente nelle figure che si riportano.

La infiltrazione flogistica può aversi quindi in sedi molto varie e per varia estensione; potrà essere interessato il legamento largo per tutta la sua altezza o solo per un tratto, sia in alto che nella parte basale (la più frequente, perchè la invasione batterica in causa si ha per lo più nella parte bassa del collo); la diffusione può avvenire in avanti o in dietro, in alto o in basso.

Ai lati l'essudato può giungere alla fossa iliaca (fino al prodursi di masse palpabili dall'esterno oltre la cresta iliaca); in alto può aversi diffusione del pus fino alla loggia renale e più in su; in basso viene talora scollato lo spazio retto-vaginale fino quasi alla vulva; anteriormente di raro si ha la propagazione lungo il legamento rotondo, nel canale inguinale; più spesso verso lo spazio vescico-uterino; in dietro seguendo i legamenti utero-sacrali, circondando il retto, arriva al sacro.

Scolasticamente e praticamente si distinguono così le parametriti laterali, le anteriori e le posteriori, secondo il prevalere della infiltra-

zione. È evidente che esistono tutte le forme di passaggio come tutte le possibili combinazioni.

L'utero di solito è identificabile abbastanza bene; nelle forme laterali è deviato dal lato opposto all'essudato, di cui costituisce un margine e il limite superiore; è *in toto* spostato in alto e rimane fisso, solidale per così dire, con l'essudato. Altre volte rimane indipendente ed è quando la infiltrazione, sia all'inizio, sia nella fase di regres-

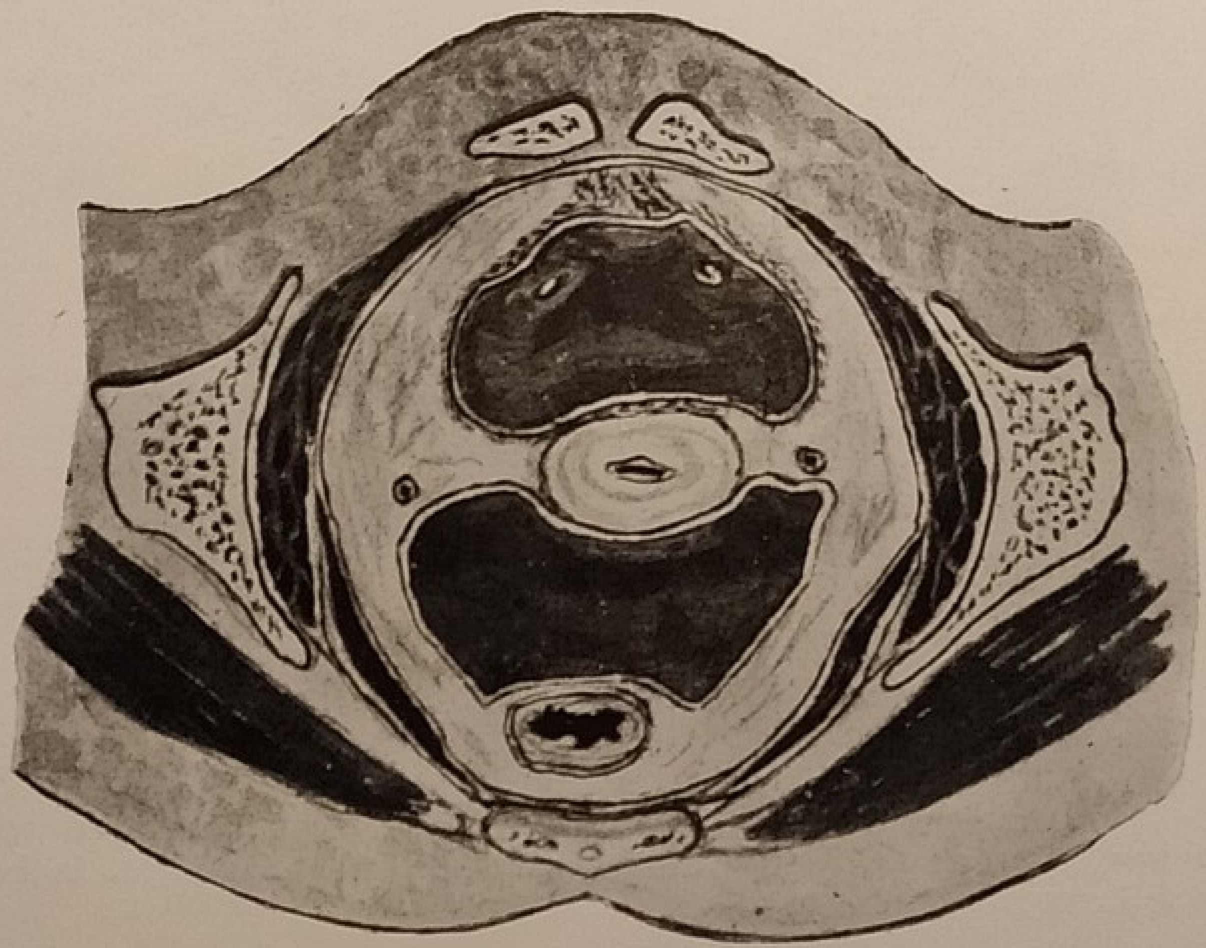


FIG. 119. – Sezione trasversa del bacino a livello dell'istmo uterino. Disposizione del connettivo parametrale (l'utero, al centro, fra la vescica in avanti e il cavo del Douglas in dietro).

sione, si localizza nella parete laterale del bacino, formando come dei piastroni, che paiono far corpo con la parete ossea.

Nella etiologia delle parametriti domina l'infezione puerperale, sia dopo parto che dopo aborto; in quest'ultimo caso per lo più si tratta di aborti settici provocati; altre volte troviamo degli interventi operativi come: raschiamenti, discissione del collo, sondaggi, applicazione di laminaria, ecc.

Si tratta quasi sempre della diffusione di germi patogeni dal collo per le vie linfatiche, che vi sono abbondantissime.

Tipo dei germi, condizioni locali e generali rendono poi ragione del vario evolversi della infezione (1).

(1) Abbiamo avuto quest'anno in clinica, due casi del massimo interesse dal punto di vista della durata, della evoluzione e della etiologia. Sono due donne di un paese della provincia, che avevano partorito molti mesi prima, e che dopo un periodo gravemente febbrile erano state riconosciute affette da parametrite puerperale laterale; si era in entrambe avuto lo svuotamento spontaneo della raccolta suppurata nella vescica; entrambe, macilente, presentavano una anemizzazione enorme.

Vennero a noi a qualche settimana l'una dall'altra, ma colpì il quadro clinico uguale nella storia e nel reperto obiettivo di masse assolutamente lignee contro la parete del bacino e indagando si seppe che il parto delle due era avvenuto a una settimana l'una dall'altra e che era stato assistito dalla stessa levatrice. Come togliere il dubbio di un trasporto settico dall'una all'altra ? Ma, anche, come non sorgere il dubbio che a determinare questo speciale analogo decorso non abbia concorso la qualità del germe ?...

L'istituirsi di una parametrite è segnalata per lo più dalla febbre, spesso alta, con brivido, intermittente, di varia durata, e dal dolore

FIG. 120. – Parametrite sinistra puerperale. L'essudato voluminoso occupa tutto lo spazio fra parete pelvica ed utero; in alto sorpassa la cresta iliaca, in basso sporge in vagina (da JASCKE e PANKOW).

al quadrante inferiore dell'addome; nel più dei casi è ben presto percepibile il formarsi del piastrone duro lateralmente all'utero, nelle più comuni forme laterali, palpabile già dall'esterno. Il dolore è talora molto vivo, secondo la entità della tumefazione, che suole prodursi rapidamente e nella quale l'edema collaterale flogistico, facilitato dalla lassezza del connettivo fra le pagine del legamento largo, ha gran parte. Nei casi di diffusione lungo la guaina dello psoas possono comparire segni di psoite con l'atteggiamento forzato della coscia in flessione; nelle forme a evoluzione anteriore si associano spesso dolori nella minzione, che può divenire stentata; nelle localizzazioni posteriori si hanno difficoltà nella defecazione e tenesmo.

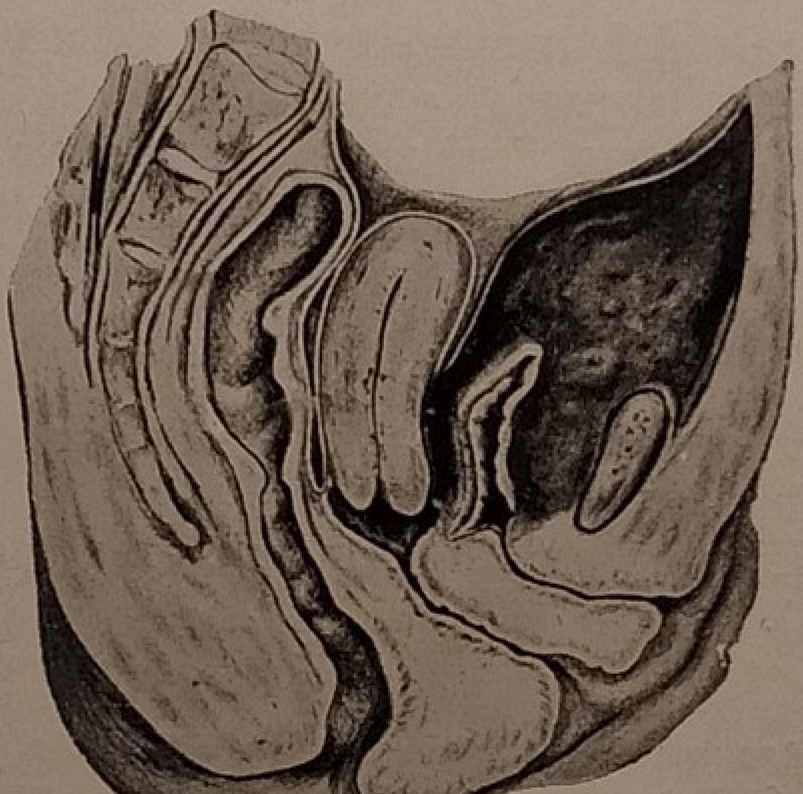


FIG. 121.
Parametrite anteriore perivescicale (da JASCKE e PANKOW).

Lo stato generale rimane in genere buono non ostante la clamorosità del dolore e della febbre; manca la reazione peritoneale e manca una eccessiva o sconcordante frequenza del polso.

L'esame genitale dà un reperto vario secondo i casi; sempre abbastanza netto nelle forme conclamate.

Si palpa infatti già allo esterno un piastrone duro, dolente all'inizio, poi nel decorso ulteriore pochissimo o per nulla sensibile, nella regione laterale più o meno a contatto della fossa iliaca interna; solo in pochi casi di parametrite alta all'esame vaginale non si raggiunge o si raggiunge solo male la massa ai lati dell'utero; per lo più si tratta di forme basse e allora troviamo il fornice annullato dal lato malato, fino talora a farsi convesso quando la raccolta sia cospicua, e sentiamo sopra ad esso la infiltrazione dura rigida lignea nelle forme plastiche, più pastosa nelle forme recenti, quando predomina l'edema, fino alla

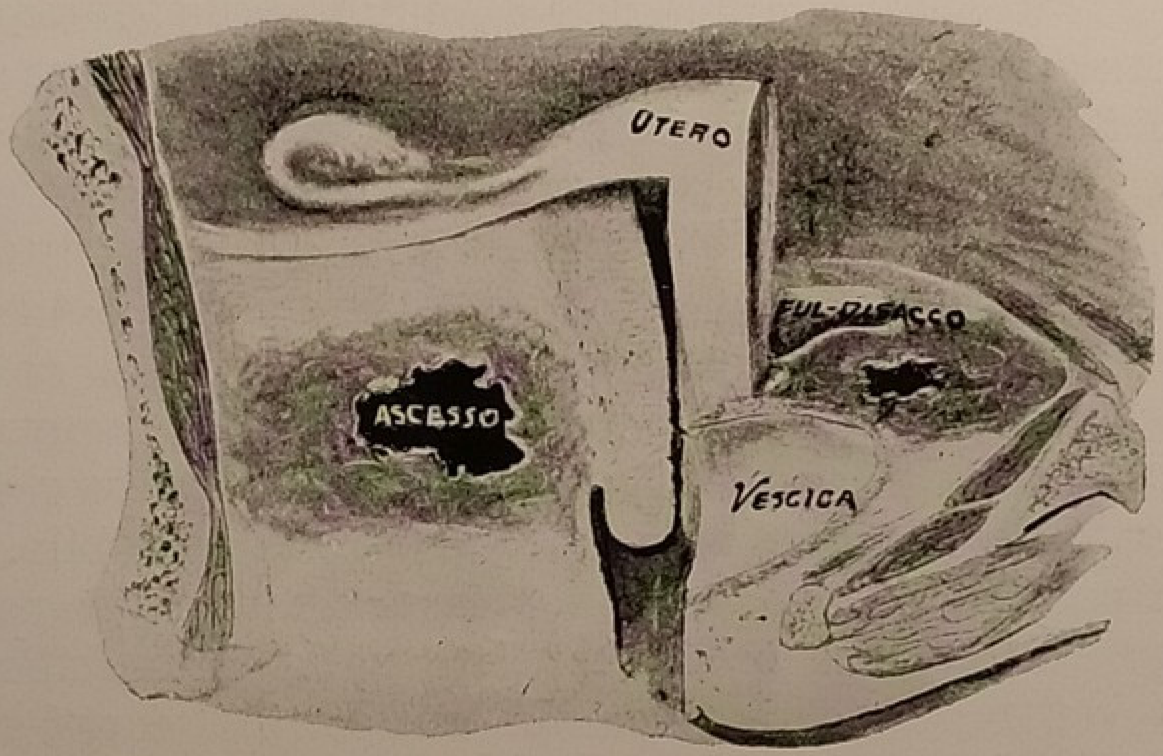


FIG. 122. – Sezione schematica della pelvi; l'infiltrazione parametrale è diffusa fino alla parete del bacino, il focolaio purulento è circoscritto in un piccolo punto centrale (da CROSSEN).

netta consistenza cistica se si sia avuta la fusione suppurativa della massa. Talora tale suppurazione esiste solo al centro della raccolta e rimane così lontana dalle nostre dita, difesa da uno spesso strato duro, sicchè possiamo solo intuirne più che dimostrarne la presenza.

Caratteristico della infiltrazione parametrale è di fondersi col collo direttamente, quasi formando tutt'uno con esso, nelle varietà di parametrite laterale. Nelle forme posteriori, più rare, la infiltrazione suole portarsi molto in basso, lungo il setto retto-vaginale, mentre in alto è limitata dai legamenti utero-sacrali.

Nella diagnosi differenziale fra parametrite posteriore e peritonite pelvica, non mancano, nei casi netti, segni numerosi e già se ne fece parola. Nelle forme laterali equivoci diagnostici sono possibili, non tanto nella fase acuta, ma nelle fasi tardive, quando sopratutto manchi la osservazione personale ripetuta e la storia non sia bene nota.

Così si potrebbe a tutta prima scambiare per un utero fibromatoso, quello nel quale un residuo di infiltrato parametrale ne deformi e ingrandisca la parte alta, lungo un margine; a volte solo il modo di inizio e la osservazione personale ripetuta della donna permette di porre la diagnosi corretta.

Già nelle prime pagine veniva riferito un caso di errore diagnostico fra infiltrazione flogistica e tumore maligno; ripetiamo che ciò può avvenire anche con un esame obiettivo accurato; talora cioè in caso di cancro del collo restiamo incerti se attribuire una massa riempiente la pelvi a diffusione linfatica ghiandolare del tumore stesso o invece a una parametrite concomitante.

Una evenienza, che non è sempre tenuta presente, si ha nelle forme recenti puerperali; a volte (per lo più dopo parti stentati, od operativi), dopo due-tre giorni di puerperio, assieme con l'iniziarsi di febbri, si assiste al comparire rapidamente di una tumefazione in una delle fosse iliache assieme con dolore localizzato; sono degli ematomi del legamento largo dovuti a lacerazioni cervicali e del segmento inferiore, passate inosservate, perchè all'inizio asintomatiche; vanno quindi distinte dalle vere parametriti per quanto questa possa indovarsi successivamente, dato il terreno propizio alla invasione batterica. Segni differenziali sono: la precocità di comparsa del dolore e della massa, inconsueta nelle parametriti, che sono di solito localizzazioni della seconda settimana, la febbre sconcordante col volume della tumefazione (a meno che ci sia una sepsi da altra localizzazione), la consistenza pastosa, la possibilità di vedere emessi dei grumi di sangue spontaneamente o sotto una pressione dall'esterno oltre al reperto genitale diretto della eventuale lacerazione, talora però non accessibile. (Del resto, dal lato terapeutico, non ha grande importanza nel senso che, come nella parametrite, la cura locale consiste nella immobilizzazione, col ghiaccio sul ventre; la cura generale antisettica conviene all'una e all'altra delle forme).

Ben più importante invece, come dicevamo, la diagnosi fra tumori e parametriti.

Quanto al decorso, diremo che di solito è lungo, se vogliamo riferirci alla completa scomparsa dell'essudato, nei casi, la maggioranza, in cui si assiste alla graduale regressione. Di solito ben presto cessano la forma dolorosa e la febbre, mentre settimane e settimane ancora dovremo tenere le malate a letto prima di assistere alla *restitutio ad integrum.*

Ci sono anzi casi in cui passano mesi e mesi prima che scompaiano le masse flogistiche sia parauterine che parapelviche; diventano allora durissime, lignee davvero.

Più rapido può essere il decorso, se si vada incontro alla fluidificazione; la raccolta suppurata può aprirsi spontaneamente o in vagina o nel retto, più di raro nella vescica, oppure può essere svuotata artificialmente nel punto in cui si stava rendendo manifesta (di elezione nel fornice vaginale, ma talora subito sopra l'arcata di Poupart).

I postumi sono meno gravi, e anatomicamente e funzionalmente, che non nella peritonite pelvica, anche perchè in questa ultima sono quasi sempre compromesse le trombe, mentre nella parametrite esse possono rimanere integre. Certo si è che la fecondità può rimanere indisturbata dopo una parametrite anche grave, a differenza che dopo una annessite o una peritonite pelvica.

La infezione gonococcica.

L'importanza della gonorrea nella patologia genitale è tale da rendere utile un cenno riassuntivo al riguardo, pur senza ripetere i quadri elementari che la flogosi assume nei singoli segmenti genitali.

Ricordiamo rapidamente che il gonococco (Neisser, 1879) è un diplococco voluminoso, simile a chicchi di caffè, gram–negativo, coltivabile solo in mezzi speciali e con difficoltà (siero di sangue, liquido ascitico); ha sede intracellulare, nei leucociti polinucleari; piuttosto labile, muore rapidamente col disseccamento, mentre resiste più a lungo in mezzo umido; questo contegno spiega come di solito l'infezione avviene per contagio diretto umano, e solo di raro indirettamente, con biancheria, spugne, dita, strumenti, imbrattati di secreto ancora fresco. Il contagio traverso le biancherie, le spugne e simili è specialmente in giuoco in casi di bambine, e spiega le epidemie talora notate nei collegi.

Sede di elezione del gonococco sono le mucose (uretra, utero, trombe, congiuntiva, retto), con preferenza per quelle ad epitelio cilindrico; meno per gli epiteli pavimentosi, a meno che non siano particolarmente delicati, come nella infanzia. Possono venire attaccate anche le sierose e sono ben note invero le localizzazioni articolari, oltre a quelle peritoneali.

Nella gonorrea delle mucose il fatto dominante, nella fase acuta, è la secrezione purisimile, che acquista di solito un colore giallo-verdognolo.

Fondamentale nella patologia della gonorrea è la lunga vitalità del gonococco, quando si sia annidato nelle mucose, sopratutto nelle ghiandole periuretrali, di Bartolini, cervicali. Attraverso periodi di latenza vari il gonococco può vivere anni e dar luogo ad esplosione di forme acute per cause varie (rapporti sessuali smodati, sforzi fisici, puerperio, mestruazione, cattiva dietetica, manipolazioni operatorie).

Nelle sacche chiuse il gonococco ha invece vita breve; relativamente presto quindi il pus dei piosalpingi diventa sterile, quando non si sia verificata una infezione secondaria quale si potrebbe avere p. es. da aderenze intestinali.

In gran numero di casi l'infezione si arresta alle vie genitali inferiori, non oltrepassando l'orificio interno dell'utero.

Quasi costante è la compartecipazione dell'uretra, che si presenta con la mucosa iperemica, tanto talora da fare ernia dal meato urinario, ed è coperta da essudato purulento. Clinicamente è caratterizzata da pollachiuria, bruciore nella minzione. Lo stimolo ad urinare di frequente si mantiene a lungo anche quando la flogosi è passata allo stadio cronico. Le ghiandole di Skene periuretrali partecipano alla flogosi e si fanno evidenti i loro sbocchi, come dei punti arrossati sulla mucosa vulvare.

Si può avere una bartolinite uni- o bilaterale e la formazione di condilomi acuminati. È raro che si abbia una localizzazione vaginale nelle adulte, mentre è pressochè normale nelle bambine e può aversi nella pubertà, nella gravidanza, dopo la menopausa. Una sede di elezione è il canale cervicale, caratterizzato dall'arrossamento edematoso della mucosa con abbondante secrezione purulenta; qui le erosioni ne favoriscono l'impianto, come ne sono a loro volta una conseguenza.

Non sempre il gonococco si arresta al disotto dell'orificio interno, esso può attaccare il corpo, le trombe ed il peritoneo, sia spontanea-

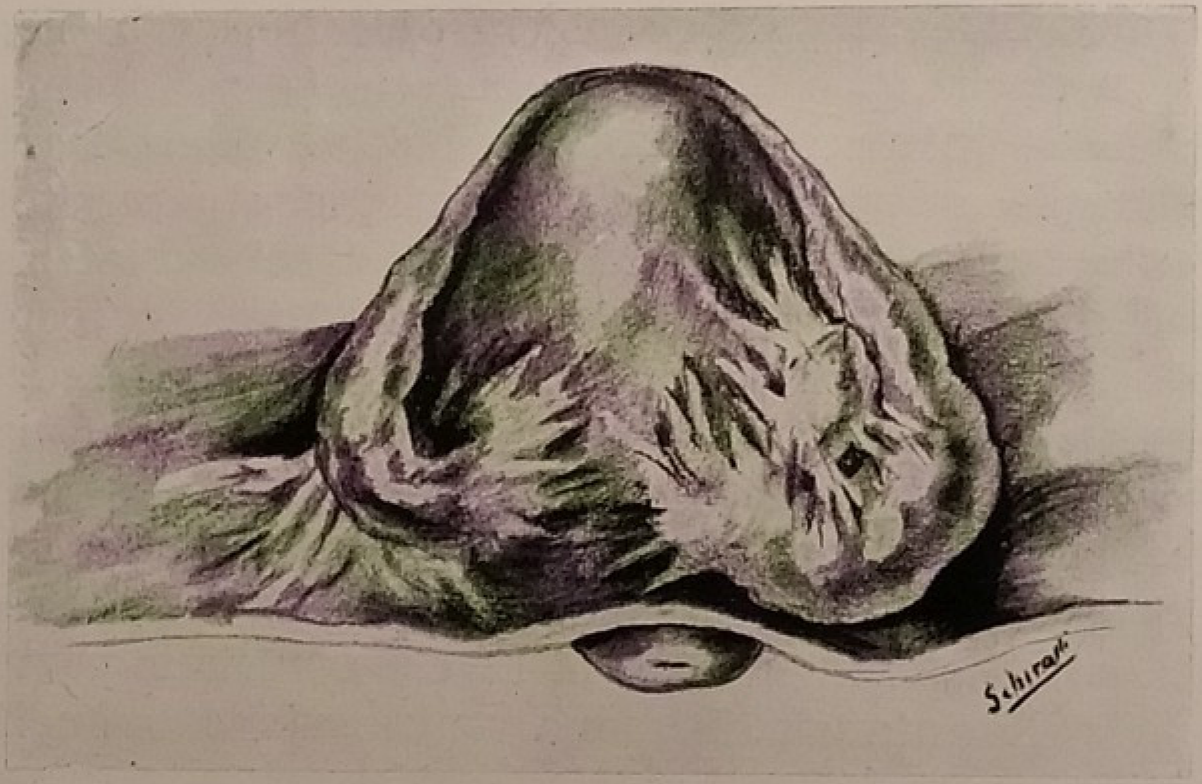


FIG. 123. – Annessite bilaterale e peritonite pelvica; i due padiglioni aderiscono alla faccia posteriore dell'utero (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

mente, sia in seguito a manipolazioni (a sondaggi, raschiamenti, medicazioni); condizioni che facilitano tale ascesa sono la mestruazione ed il puerperio.

Circa la blenorragia del corpo dell'utero è da ricordare che la parte funzionale della mucosa diventa ben presto libera da gonococchi, mentre degli infiltrati flogistici si conservano a lungo in profondità.

Più grave per l'andamento, per la durata e per i postumi, la blenorragia delle trombe.

Nelle fasi iniziali la tromba si presenta arrossata, dura, con del secreto dapprima sieroso poi purulento nel lume.

Quando avvenga la chiusura della estremità ampollare, dalla salpingite purulenta si passa al piosalpinge. L'ostio uterino è di solito reso impervio per il rigonfiamento della parte interstiziale della mucosa. L'occlusione del padiglione può avvenire in vari modi: *a*) la peritonite gonorroica, caratterizzata da un essudato plastico, determina aderenze del padiglione con gli organi vicini; *b*) come conseguenza della stessa salpingite, a volte si ha un raggrinzamento a livello della base delle fimbrie; a volte entrano in giuoco delle ulcerazioni superficiali delle pliche tubariche che le portano a saldarsi; ma nella grande maggioranza dei casi si ha la fusione della faccia esterna delle fimbrie che è riconoscibile per l'aspetto quasi cicatriziale che presenta all'esterno,

mentre se si guarda la faccia interna si possono riconoscere le fimbrie singole conglutinate.

Le dimensioni della tromba malata sono varie: talora il volume maggiore è dato dallo spessore stesso della parete infiltrata, dura, pallida, con poco essudato nel suo lume; ma a volte si può arrivare alla formazione di cospicue raccolte purulente.

Le alterazioni della mucosa tubarica vanno dagli stati di iperplasia e di conglutinazione delle pliche con infiltrazione cellulare e plasmatica dello stroma, fino a formazioni adenomatose e ad impervietà del lume tubarico, ma a volte possono predominare i fatti distruttivi con caduta dell'epitelio, come si vede nelle forme di distensione notevole della tromba.

Anche l'ovaio può essere attaccato dal gonococco; si tratta quasi sempre di un'infezione secondaria ad una tubarica; la penetrazione dei germi avviene spesso nel punto di rottura di un follicolo (ascesso del corpo luteo).

Indipendentemente dall'infezione diretta, nei casi di blenorragia tubarica, l'ovaio è danneggiato sia da riassorbimento di tossine sia da disturbi circolatori legati al processo flogistico.

Il peritoneo è quasi sempre interessato, sia per azione di tossine, sia per disturbi circolatori, ma sopratutto per infezione o diretta dalla mucosa tubarica, o traverso i linfatici.

Caratteristica della blenorragia del peritoneo è il rapido formarsi di essudati plastici, per ricca formazione di fibrina, che ricopre la sierosa facendola diventare ruvida e determinando aderenze con gli organi vicini.

Il precoce formarsi di essudati plastici determina di solito un'esclusione della grande cavità peritoneale, sicchè il processo infiammatorio rimane circoscritto al piccolo bacino (peritonite pelvica).

Il decorso della gonorrea è molto vario. Come si disse, si possono avere dei casi di gonorrea limitata alle sezioni basse del canale genitale, e altri di infezioni delle parti profonde; nel primo caso si parla anche di gonorrea aperta; nel secondo di gonorrea chiusa; quest'ultima ha la massima importanza sia per il decorso che per i postumi.

In ciascuna localizzazione si ha una fase acuta, una cronica; la fase acuta è caratterizzata dalla secrezione purisimile abbondante, facilmente riconoscibile. Si distingue anche una gonorrea latente; per lo più questa è una fase secondaria ad un'infezione che si sia annidata nelle lacune dell'uretra, nei condotti parauretrali, nelle ghiandole di Bartolini, nelle pieghe della mucosa cervicale.

Altre volte la gonorrea latente può anche essere primaria, quando siano mancate manifestazioni cliniche obbiettive di flogosi.

Uno stato di latenza nella blenorragia è del resto noto anche nell'uomo; avviene infatti talora che una blenorragia sofferta molti anni prima del matrimonio e ritenuta guarita, anche con esami medici, determina un'infezione nella giovane moglie, per il risvegliarsi di gonococchi latenti, risveglio facilitato dagli strapazzi sessuali e dietetici delle nozze.

Di questa possibilità va tenuto conto per spiegarci le facili recidive nelle manifestazioni della donna e per trarne direttive terapeutiche allo scopo di evitare che si stabilisca un circolo vizioso (1).

Vi sono anche casi nei quali c'è una specie di abitudine al proprio gonococco, senza sintomi palesi, ma che pur può essere causa di una blenorragia acuta, quando un terzo s'intrometta nel binomio.

I sintomi sono quelli già detti a proposito della vulvo-vaginite con uretrite, della bartolinite, della cervicite, della annessite e della peritonite pelvica e non occorre qui ripeterci.

Il decorso è vario; insistente ma non grave nelle forme basse, diventa cronico, con frequenti riacutizzazioni, causa di molestie rilevanti, nelle localizzazioni alte. In quest'ultimo caso, anche a processo spento, restano i postumi delle aderenze periannessiali, delle deformazioni tubariche, con alterazioni spesso profonde della parete muscolare e del rivestimento mucoso, sicchè avremo dolori, sopratutto premestruali, retroflessioni flogistiche, sterilità, gravidanze extra–uterine.

La fecondità non è invece alterata nelle localizzazioni basse. Non si dimentichi tuttavia, non solo la possibilità della oftalmo-blenorrea del neonato, ma anche la facilità con cui nel puerperio si ha la ascesa della infezione all'endometrio ed alle trombe, donde febbre nel puerperio e sterilità secondaria.

Dal lato diagnostico, indipendentemente dalla possibilità di rintracciare il gonococco nei secreti cervicali, vaginali, uretrali (il che in molte forme è difficile o richiede ripetuti esami), ha importanza il comportamento dell'uretra, degli sbocchi delle ghiandole periuretrali e del Bartolini (si formano delle macchie rosse paragonate a quelle della puntura delle pulci), ha importanza il dato anamnestico dell'inizio delle sofferenze dopo il matrimonio; potrà guidarci il criterio clinico, quando manchi la possibilità di ammettere, nelle forme annessiali, la natura tubercolare, o una genesi settica. Potrà anche essere utile, la ricerca della reazione, di focolaio o generale, all'iniezione di vaccino gonococcico. Una riattivazione può essere provocata, anche clinicamente, per svelare germi annidati in profondità (lavande con nitrato di argento 1-2 %).

Sopratutto occorrerà bene indagare nella anamnesi, ma senza dimenticare la correttezza professionale e la necessità di non portare discordie in famiglia.

---

(1) Non vá dimenticato che a spiegare la differenza nella evoluzione delle forme blenorragiche concorrono non solo la virulenza varia del germe, il tipo della cura, le manovre eventuali incongrue che facilitano l'ascesa del gonococco (sondaggi, medicazioni uterine) ecc., ma ha indubbia importanza un fattore costituzionale e un fattore anatomico genitale. È osservazione frequente che l'associazione di ipoplasia genitale, di retroversione congenita si accompagnano a forme ribelli di blenorragia. Dal lato pratico c'è anche un certo interesse a ricordarsene, perchè ci capiterà di metter pace in certe famiglie dove spesso troviamo l'un l'altro armati i parenti della moglie e quelli del marito, accusato di esser causa del male. A volte l'assicurare che c'è bensì colpa del marito, ma che è colpevole per la sua parte pure la moglie, dato il tipo più recettivo del suo apparato genitale, può portare un po' di tregua ai bollenti spiriti...

Tubercolosi genitale. (1)

La tubercolosi genitale per la sua frequenza anche nell'età più giovane insidia la salute e l'avvenire sessuale della donna; nella sua evoluzione florida è causa di sofferenze gravi e d'incapacità al lavoro; da ciò la necessità che sia bene conosciuta anche dal medico pratico (Pestalozza).

Le localizzazioni tubercolari della vulva e della vagina sono di competenza del dermatologo più che del ginecologo. Ricordiamo qui

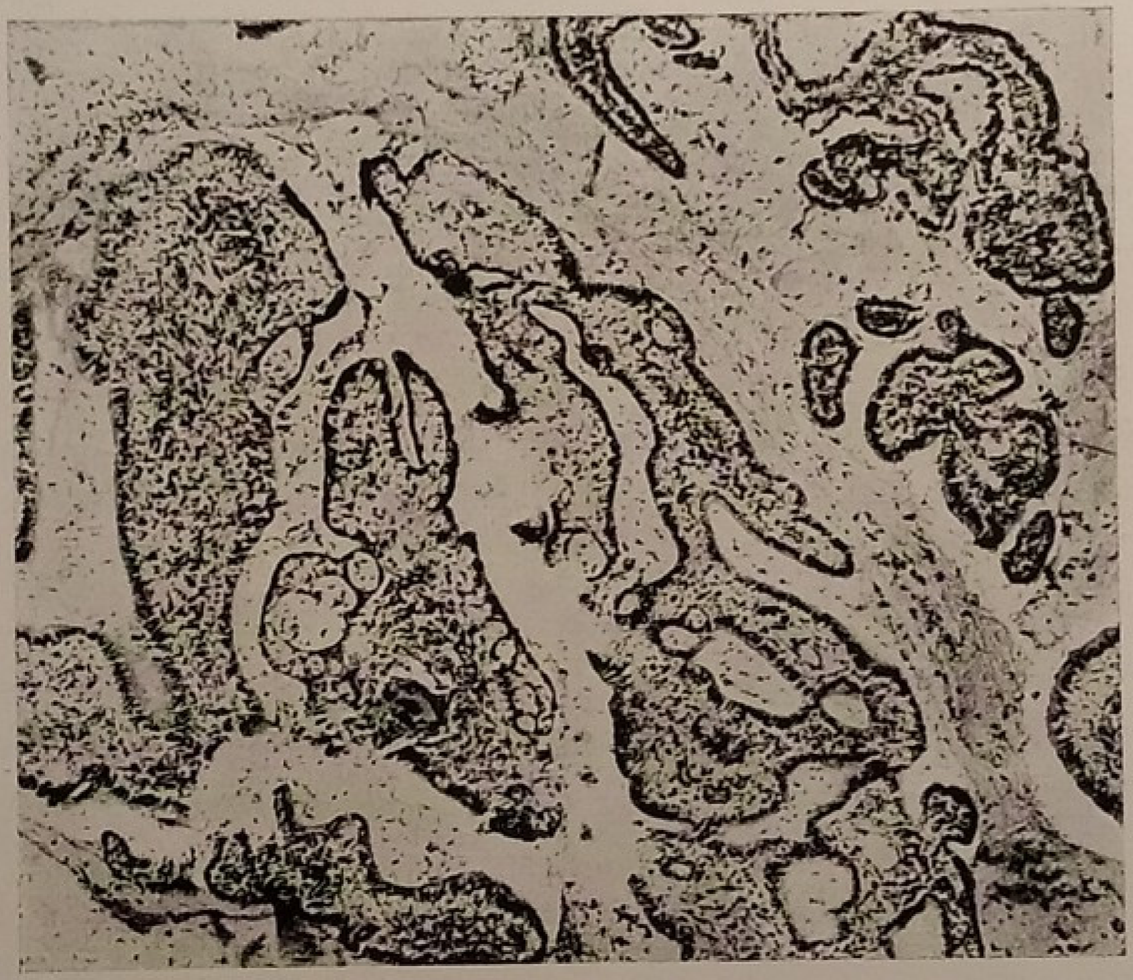


FIG. 124. – Tubercolosi papillare del collo: papille con infiltrazione dello stroma, e muco interposto; al centro una cellula gigante e a sinistra di essa epitelio stratificato e vacuolizzato alla base.

solo che possono essere di aspetto vario e non sempre direttamente diagnosticabili prima di un esame istologico; sono del resto piuttosto rare, mentre invece molto superiore è la frequenza della tubercolosi dei genitali interni (circa il 2 % del materiale ginecologico; il 10 % delle donne tubercolose hanno localizzazioni genitali).

La sede più frequente è la tromba, la più rara il miometrio isolato; rara nell'ovaio, è frequente nel collo, attorno all'orificio esterno; è rispettato di solito il canale cervicale; anche le forme dell'endometrio si sogliono arrestare all'orificio interno.

Di raro la tubercolosi genitale è primitiva, da eteroinfezione; per lo più esistono altri focolai, manifesti o latenti, dai quali il bacillo arriva ai genitali per lo più attraverso il sangue; più rara si ammette la trasmissione linfatica (p. es. quando una tubercolosi intestinale determini aderenze di un'ansa con gli annessi).

È frequente la contemporanea localizzazione genitale e peritoneale; per lo più si tratta di infezione discendente e allora dalla tromba

(1) Vedasi la monografia di Pestalozza, edita da Bardi, Roma.

il processo si trasmette all'utero. Per taluni casi però non si può escludere la propagazione per via ascendente; in alcuni di essi il saldarsi dei padiglioni tubarici salvaguarda il peritoneo dalla ulteriore diffusione. Si trova di frequente associata alla tubercolosi genitale un'ipoplasia dell'utero, da alcuni interpretata come condizione predisponente, da altri come un postumo della stessa tubercolosi.

Postumi anatomici e funzionali sono ormai documentati largamente come conseguenza di localizzazioni prepuberi infantili (piometra ed atresie uterine, che saranno causa di amenorrea primitiva; atresia delle trombe con conseguente imperviętà di esse; formazioni pseudo adenomatose agli angoli tubarici, la cosidetta salpingite nodosa interstiziale).

Alla ipoplasia genitale può concorrere lo stato dell'ovaio, che è raramente colpito dalla tubercolosi, ma può essere turbato nella funzione per le membrane flogistiche in cui viene a trovarsi inglobato. Dal lato pratico interessa l'osservazione che interventi operativi o traumi in genere in casi di forme latenti possono riacutizzarle o provocare la disseminazione; da ciò la massima prudenza nell'intervento in casi di stati ipoplasici (stenosi del collo, antiflessione rigida, ecc.), che con troppa leggerezza sono aggrediti operativamente dai medici pratici.

La tubercolosi tubarica è quasi sempre bilaterale; la tromba ne risulta ingrossata, rigida a nodosità disseminate (viene fatto il paragone col rosario) e può così essere bene riconosciuta all'esame combinato; a volte, invece di una forma prevalentemente fibrosa o caseosa, predomina la produzione di pus in modo da costituirsi un vero ascesso freddo tubarico; una disseminazione miliare di tubercoli sulla sierosa tubarica si accompagna spesso alle forme con peritonite specifica.

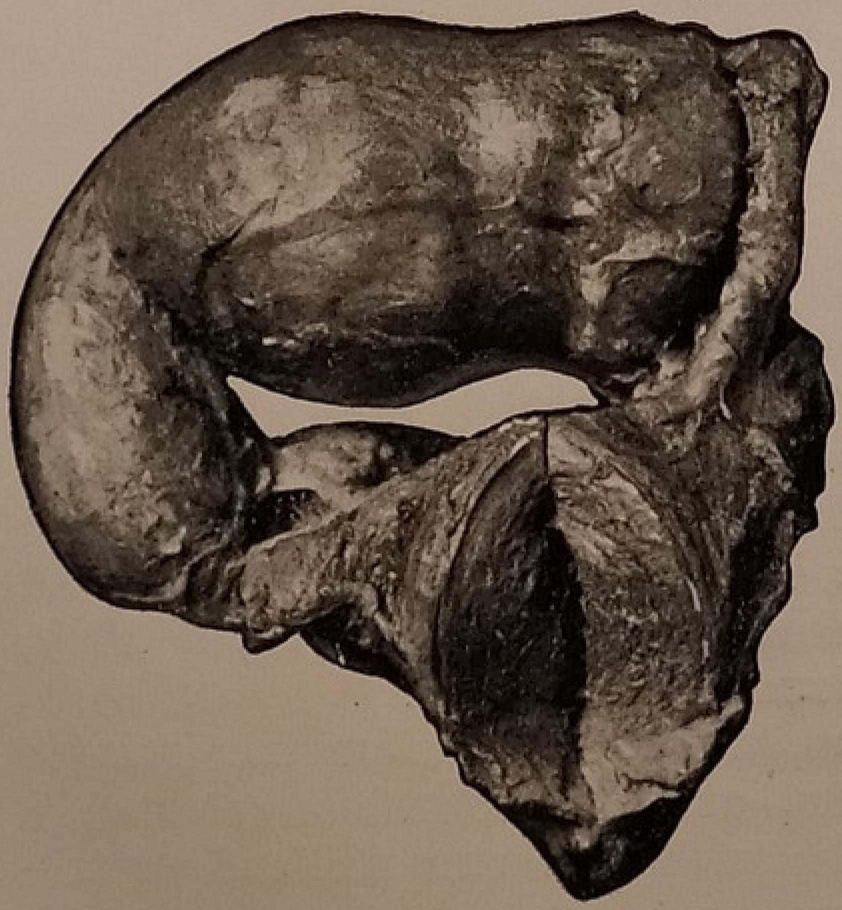


FIG. 125.
Sactosalpinge bilaterale confluente.

Fra le altre forme anatomiche che può assumere la tubercolosi tubarica ricordiamo le seguenti:

sactosalpinge terminale: la tromba è interessata solo nella porzione ampollare, formando qui un tumoretto ovoidale o sferico; il contenuto è per lo più caseoso; più di raro si tratta di un idrosalpinge terminale;

sactosalpinge confluente: le due trombe si portano con i due padiglioni sulla linea mediana abboccandosi in modo che i due sactosalpingi comunicano fra di loro restando esclusa la cavità addominale;

piocele o ascesso intertubarico: quando le due trombe aderiscono bensì fra di loro, ma per la interposizione di una massa più o meno voluminosa a parete propria, a contenuto caseoso o purulento;

salpingite papillare: in cui predomina la tendenza proliferativa a carico delle papille tubariche, con un massimo a livello dei padi-

FIG. 126. – Tubercolosi papillare della tromba (da PESTALOZZA).

glioni, che si trovano talora trasformati in masse voluminose, a tipo quasi neoplastico;

salpingite nodosa interstiziale: nella quale l'angolo uterino forma un netto rilievo a volte contenente materiale caseoso, a volte segnato

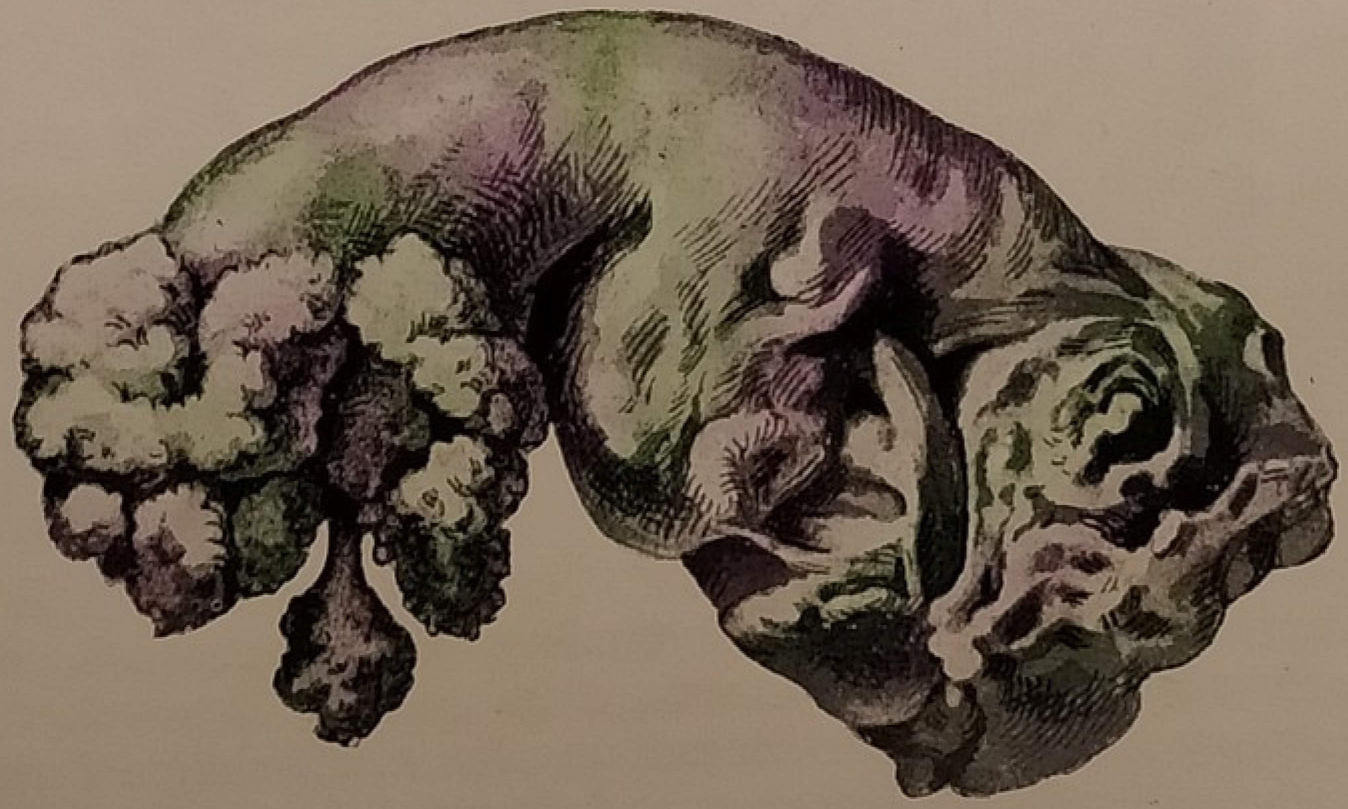


FIG. 127. – Tubercolosi papillare della tromba.
Il padiglione (a S.) presenta lussureggianti proliferazioni.

da un aspetto adenomatoso dovuto all'ipertrofia ed al conglutinarsi delle pieghe tubariche.

Fra le complicazioni delle annessiti tubercolari, come e più che nelle annessiti di altra etiologia, figurano le possibili aderenze omentali,

intestinali; in queste ultime la natura del processo spiega la facilità all'istituirsi di comunicazioni abnormi fistolose.

L'ovaio per lo più non è interessato nel suo parenchima, ma si trova quasi sempre coperto da pseudo-membrane, che è probabile esercitino una influenza dannosa sulla funzione: non sono però rare delle vere tubercolosi dell'ovaio.

Nell'utero l'endometrite tubercolare si arresta di solito all'orificio interno e, per l'obliterazione di questo, si può formare un pio-

FIG. 128. – Endometrite tubercolare ulcerosa; sactosalpinge bilaterale convergente e piocele interposto.

metra tubercolare; se invece la distruzione della mucosa è completa si può arrivare alla completa atresia della cavità.

Della tubercolosi del collo ricordiamo la caratteristica formazione fungoide, che si irradia dal contorno dell'orificio esterno simmetricamente alla porzione vaginale; la consistenza è vellutata, le papille non sono friabili, il muco denso, spesso striato di sangue, che le cementa, si rimuove con difficoltà.

Esiste quasi sempre amenorrea pur potendosi avere delle emorragie irregolari per trauma.

Questi caratteri permettono la differenziazione con il cancro vegetante, anche senza la biopsia, e senza il reperto di bacilli di Koch nel secreto. Più difficile invece è la diagnosi nelle forme a tipo infil-

trativo, che sono pure state descritte e che sono però più rare; in esse bisogna ricorrere all'esame istologico.

Fra i sintomi dominano: la amenorrea, la dismenorrea, la sterilità, il dolore, talora la febbre sopratutto in coincidenza col periodo mestruale.

La amenorrea può essere primitiva o secondaria, permanente o transitoria: bene interpretabile quando si tratta di lesioni ulcerose dell'endometrio o di piometra, meno bene in altri casi come nella semplice cervicite; si suole invocare la conseguenza debilitante dovuta all'infezione tubercolare.

La diagnosi di natura non sempre è facile; spesso ci si ferma alla diagnosi generica di lesione annessiale flogistica.

Per la differenziazione dovremo dare peso: all'eventuale mancanza di una etiologia gonococcica o settico–puerperale (insorgenza in giovani, vergini); ad una eventuale pregressa peritonite tubercolare; alla notizia di una pubertà tardiva. Importanti la amenorrea, la presenza di altri focolai tubercolari attivi o spenti in organi lontani, le febbricole serotine; lo stato generale e l'abito costituzionale. La cutireazione alla tubercolina, sia generale sia regionale, può essere utile se si tenga conto delle reazioni nette, intense, a lunga durata, e se manchino altri focolai rilevabili clinicamente.

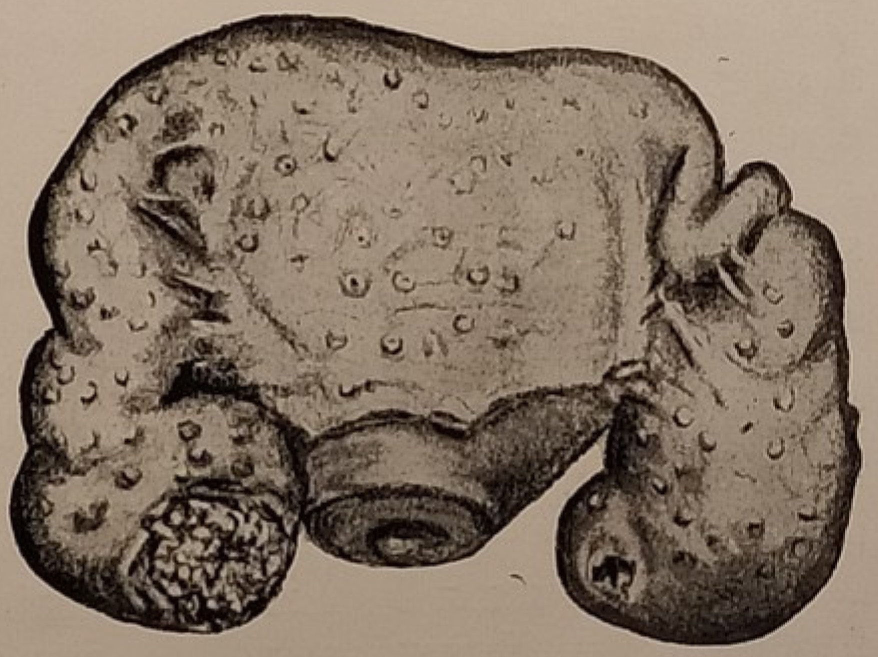


FIG. 129.
Peritonite tubercolare e salpingite caseosa.
(*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Il decorso della tubercolosi genitale è cronico: può complicarsi per il sovrapporsi di altri germi (blenorragia, piogeni, b. coli) sia in rapporto a traumi, sia per aderenze intestinali. In questo ultimo caso si possono stabilire tragitti fistolosi, che concorrono nell'accentuare il defedamenro organico già proprio alle forme in atto della tubercolosi.

Molte forme possono guarire o per lo meno restare silenti e anche queste, male riconoscibili dall'indagine obiettiva, devono essere ricordate dal pratico. Esse infatti si accompagnano spesso a ipoplasie uterine, retroversioni, stenosi del collo, che il pratico fa presto a pensare responsabili di una sterilità, di una dismenorrea, di una amenorrea e che troppo frequentemente vorrebbe curare meccanicamente (discissione, dilatazione, pessari, ecc.); la nozione della tubercolosi prepubere con le sue conseguenze deve essere sempre presente alla mente.

Va anche ricordato che a volte il risveglio di un vecchio ignorato processo tubercolare genitale può aversi dopo il matrimonio, forse come conseguenza del trauma sessuale; la connessione fra matrimonio e lesione genitale porta allora a sospettare una blenorragia, specialmente da parte dei famigliari, senza che essa sia in causa; bisogna ricordarsene per essere guardinghi nella diagnosi.

La sifilide dei genitali femminili. (1)

Nelle sue manifestazioni sui genitali esterni la lue interessa più spesso il sifilografo che non il ginecologo, al quale più importa di conoscere le forme dei genitali interni. Diamo ad ogni modo uno sguardo rapido alle varie localizzazioni.

Il *sifiloma primitivo della vulva* si presenta per lo più come un'erosione di solito limitata, di colore rosso cupo, liscia, secernente un liquido sieroso tenue; è poco appariscente, tanto che alcune volte può passare inosservato, se non si complichi con processi infiammatori.

Di raro si ha la formazione di un nodulo indurato pergamenaceo quale è comune nell'uomo.

I *condilomi piani* dei genitali si presentano come dischi circolari isolati o a gruppi sopraelevati sulla cute, di un colore grigio roseo; si possono diffondere nel solco ano-genitale e nelle regioni circostantti.

Manifestazioni terziarie si possono pure presentare come ulcerazioni a fondo lardaceo, a margini infiltrati, con decorso torpido e possono talora confondersi con l'epitelioma e l'estiomene.

Nella *vagina* il sifiloma iniziale è poco noto, più che per la rarità, perchè può sfuggire facilmente, per la piccolezza, per lo scarso indurimento. Rare sono le manifestazioni secondarie del tipo dei condilomi piani.

Più frequenti le forme terziarie o gommose (che potrebbero confondersi con fibromi, se solide, con cisti, se rammollite) o come ulcerazioni gommose; quest'ultima è la forma più frequente, provoca dolore e secrezione abbondante, sicchè richiama presto la attenzione della malata; si presenta come una escavazione circolare a margini verticali aderenti, coperta da poltiglia spessa giallastra. Sono facili gli equivoci diagnostici col cancro, colla tubercolosi. L'esame istologico, il criterio terapeutico soli possono guidare.

Sul collo dell'utero il sifiloma iniziale è creduto meno frequente di quanto non sia, perchè non dà sofferenze e non richiama quindi la attenzione della malata, inoltre perchè guarisce rapidamente.

La sede più frequente è sul labbro anteriore, vicino all'orificio esterno, la grandezza varia da un pisello ad una fava; ha un colore bianco grigiastro, lardaceo, è talora come coperto da un rivestimento di aspetto difteroide, staccato il quale resta una ulcerazione di un colore rosso cupo. Nella diagnosi differenziale col cancro giova il criterio dell'età; la sifilide è più facile nelle donne giovani; inoltre il tipo della secrezione, sierosa, con poca tendenza alla suppurazione; la superficie è resistente e su essa scivola una sonda che penetra invece nel cancro facilmente per la friabilità di esso. In certi casi tuttavia solo

(1) Chi voglia approfondire l'argomento veda la relazione di Cappellani al XXIII Congresso della Società d'Ostetrica; sulla sua traccia è calcato questo breve riassunto.

l'esame istologico, la Wassermann, la ricerca dello spirocheta, possono permettere l'accertamento diagnostico.

Sulla *portio* si possono avere anche manifestazioni secondarie, a tipo eritematoso, erosivo, papuloso, ulceroso. Nella forma eritematosa sono macchie piccole rosso–violacee; nella forma erosiva le erosioni, superficiali, circolari o semilunari, sono situate eccentricamente rispetto all'orificio uterino; la forma papulosa è caratterizzata da eruzioni circolari da un grano di miglio ad un centesimo, di tinta rosso-rameica o opalina.

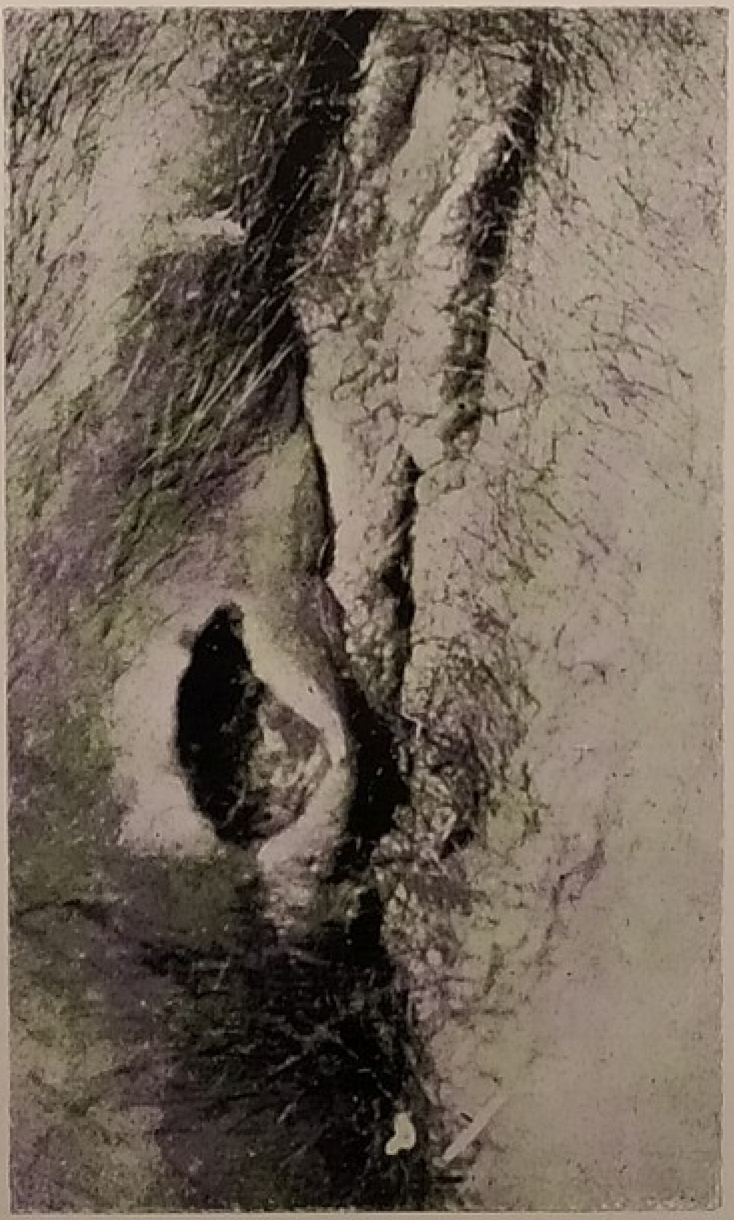


FIG. 130. – Sifiloma del grande labbro (*Clinica Sifilop. di Bari*).

In tutte queste forme la diagnosi deve poggiare sulla presenza di manifestazioni luetiche in altre parti del corpo.

Altri dati in appoggio sono la facilità di risoluzione, la forma rotondeggiante, la eccentricità rispetto all'orificio uterino.

Più complessa è la morfologia delle manifestazioni terziarie del collo; se ne sono descritte forme ulcerose, gommose, sclerotiche.

La diagnosi differenziale è molto difficile, specialmente col cancro nella forma gommosa, e perfino in qualche caso si è rimasti incerti con l'esame istologico. Ad ogni modo come carattere differenziale è da ricordare che nel cancro c'è maggiore facilità a sanguinare, il fondo è più vegetante, i margini più spessi e circoscritti, mentre nella sifilide la base ha durezza lignea, ma è diffusa, il fondo è giallastro, poco granuloso, poco sanguinante.

Nella forma sclerotica, la fase ipertrofica (in cui il collo è ingrandito uniformemente) può andare confusa con la ipertrofia semplice del collo, però è da notare che nella forma luetica la *portio* è deformata (è stata paragonata ad un tappo di champagne) e la consistenza è dura quasi cartilaginea.

Nel corpo uterino la manifestazione primaria non è nota, come non si conoscono, nè si potrebbero rilevare direttamente, le manifestazioni secondarie; note sono invece forme terziarie, gommose, ulcerate, sclerotiche, che però si possono difficilmente riconoscere. I sintomi sono le emorragie e il dolore; l'emorragia è a volte brusca, intermestrua profusa, a volte a forma di menorragia seguita poi anche da perdite atipiche; sono noti anche casi di amenorrea (ovarite sifilitica).

Dal lato obbiettivo, di un certo valore è la provocazione di dolore acuto lungo il percorso delle arterie uterine; inoltre la presenza di perdite giallastre icorose. Ma certo le difficoltà diagnostiche sono rilevanti:

la gomma unica può essere confusa con dei nodi fibrosi (per quanto si dica che sono meno grosse e meno dure dei fibromi); l'aumento di volume dell'utero, nella forma sclerotica luetica, può essere confuso con la comune metrite parenchimatosa; le gomme ulcerate possono confondersi col cancro del corpo; la Wassermann può lasciare in dubbio e così la biopsia; solo il criterio *ex juvantibus* può sciogliere il dubbio; sicchè in ogni caso incerto è quindi doveroso provare la terapia antiluetica.

Anche nelle trombe sono state descritte forme di sifilide a tipo catarrale gommoso sclerotico; sono contrassegnate da dolori e da metrorragie, ma non sono clinicamente dimostrabili.

Nelle ovaie pure si ammettono localizzazioni sifilitiche, secondarie e terziarie; le più note sono queste ultime; dànno come segno il dolore, l'emorragia, la leucorrea. Talora si è vista l'amenorrea e vi è chi anzi vorrebbe riconoscere in molti casi di menopausa precoce, fra i trenta o i quaranta anni, una sifilide ereditaria, o acquisita, che abbia determinato infine una sclerosi atrofica dell'ovaio.

Questo della sifilide dei genitali interni è dunque ancora un capitolo oscuro; dopo la breve analisi fatta ci pare utile riassumere quanto al riguardo deve ritenere il medico pratico.

Il fatto fondamentale, veramente documentato, è questo: « *più spesso che non si solesse pensare, la sifilide è in giuoco a spiegare delle emorragie genitali e delle leucorree, senza lesione anatomica evidente* ».

La importanza anche pratica della constatazione è ben chiara, quando si pensi che alla diagnosi esatta etiologica segue il successo più brillante in casi, che, prima del trattamento specifico, avevano resistito alle più svariate cure.

Il difficile è pensarci e sceverarla fra mezzo al gruppo delle *menorragie* e *metrorragie cosidette funzionali*, cioè di quelle menorragie e metrorragie, sia della età giovanile che del periodo critico che del pieno della età feconda, nelle quali all'esame ginecologico non troviamo alcuna lesione anatomica tale da spiegarci la sintomalologia o al più un utero uniformemente e poco aumentato di volume, e in cui lo stesso raschiamento diagnostico dimostra la integrità dell'endometrio. Sono quelle irregolarità mestruali per le quali si sono anche invocati sopratutto fattori endocrini, sia nel senso delle disfunzioni ovariche, a carico del corpo luteo o della ghiandola interstiziale, sia anche, più recentemente, nel senso di disfunzioni ipofisarie.

Orbene, molte di tali irregolarità mestruali la clinica ha oggi documentato che debbono riferirsi alla lues; e non è del resto nemmeno necessario rinnegare il meccanismo patogenetico altra volta invocato, poichè la lues potrà verosimilmente agire non solo attraverso alle lesioni anatomiche locali (della mucosa o vascolari), ma anche traverso perturbamenti anatomici o funzionali, sia delle ovaie che di altro organo endocrino. Ma poichè non ci sono dei sintomi chiari *si tratterà per lo più di una diagnosi per esclusione*, che talora e nemmeno sempre potrà essere convalidata da ricerche di laboratorio quali la reazione di Wassermann e la indagine istologica (di frammenti dell'endometrio o del collo secondo la sede della lesione). Pare

infatti che vi siano pure dei casi, nei quali anche codeste prove vengono meno e tuttavia la cura specifica finisce per avere ragione dei sintomi, sì che ne risulta affermato il criterio patogenetico.

E non sempre è una lues acquisita, ma talora si tratta di una forma ereditaria, la quale specialmente viene invocata nei casi di metrorragie nelle giovani, poco dopo la pubertà.

Molte volte quindi alla diagnosi saremo portati solo dal criterio del successo terapeutico; da ciò appare che il problema è perciò ancora molto delicato.

E inoltre c'è forse il pericolo che si voglia ora esagerare vedendo la sifilide sempre a base di ogni metrorragia di cui ci sfugga la causa anatomica. Disfunzioni ovariche, endocrine, uterine, di altra origine possono ancora venire invocate; c'è da temere sopratutto che si perda del tempo prezioso in tentativi terapeutici destinati a restare vani se a base delle metrorragie stessero delle lesioni neoplastiche.

Non si deve dimenticare a tale riguardo, che da più parti e da molto tempo è stata segnalata la frequente coincidenza della lues col cancro, quasi che la infezione luetica prepari il terreno alla neoplasia.

Ora si capisce dove potrebbe portare in una di tali evenienze il voler dare troppo valore ad una Wassermann positiva!

Ricordandoci di tale possibilità *dovremo quindi* caso per caso sempre poter prima *escludere la eventualità di un tumore maligno.*

Il che, per chi ne è sull'avviso, è semplice problema per lo più, quando si ricorra alla *biopsia*, nelle localizzazioni del collo e in quelle del corpo.

Actinomicosi; echinococco; parassiti varî.

Localizzazioni genitali come pure peritoneali sono state descritte sia da parte dell'*actimomicosi*, sia più spesso da echinococo.

Nella *actinomicosi* si formano degli infiltrati duri, con tendenza invasiva, racchiudenti dei noduli bianco–giallastri, moriformi, formati dalle ife e circondati, come in tutti i granulomi, da elementi linfoidi od epitelioidi; nel decorso ulteriore si manifestano punti di rammollimento; la diagnosi è data dalla dimostrazione microscopica dei funghi. Ciò è possibile p. es. quando un ascesso della pelvi si apra o spontaneamente o artificialmente: l'attenzione potrà essere attratta dalla presenza nel pus di granuli giallognoli.

Clinicamente nelle forme profonde, non aperte, la diagnosi è confusa con quella delle forme flogistiche ad andamento cronico, progressivo.

Rara anche è la diagnosi clinica dell'*echinococco genitale;* è stato trovato nelle trombe, nell'utero, nei legamenti larghi, nell'omento, nel peritoneo; si sono anche avuti casi di distocia da echinococco in sede pelvica.

La sintomatologia non è caratteristica; dipende dalla sede e dal volume raggiunto; la consistenza è chiaramente cistica; se a carico dell'utero, proprio tale consistenza potrà mettere in sospetto. Il cri-

terio del mestiere, della regione, sono ausili buoni; come anche la eosinofilia spiccata o la intradermoreazione col liquido della cisti.

Fra gli altri parassiti che si possono trovare nei genitali vanno ricordati: il *tricomonas*, talora accusato di dare dei fatti flogistici, e l'*oxiuris vermicularis*, che dalla sua sede abituale intestinale può passare in vagina, dando un prurito molesto; ne sono stati trovati anche in profondità (utero, peritoneo).

Fibromi.

Fibromiomi, miomi, miofibromi, fibromi, leiomiomi sono tutti termini equivalenti adoperati piuttosto secondo le simpatie fonetiche singole, che non secondo la composizione strutturale prevalente, di tessuto connettivale o muscolare. Tipi puri del resto sono rari, per lo più misti.

Sono i tumori che prediligono l'utero nelle sue varie sedi, sopratutto iniziandosi nella età feconda; quasi sempre multipli, tondeggianti, ben deliminati da una capsula, che permette la enucleazione loro, anche se di dimensioni notevoli, il che sta a base della pratica chirurgica conservatrice della miomectomia.

Localizzazioni rare primarie si hanno nei legamenti rotondi, più frequenti nei legamenti larghi; qui poi hanno tendenza facile a estrinsecarsi i fibromi dell'utero marginali e sopratutto delle parti basse.

L'aspetto è nettamente fibroso, trabecolato, roseo più o meno pallido secondo la varia vascolarizzazione e secondo la nutrizione; la consistenza varia; dura in quelli di piccole e medie dimensioni, talora pseudofluttuante in quelli più grossi o a sede infralegamentosa; addirittura molle in stati speciali di imbibizione sierosa o di ectasie dei linfatici o di processi regressivi, si può arrivare fino a una consistenza cistica nelle forme colliquative.

La forma inizialmente è tondeggiante ma può deformarsi, sia per le compressioni da contiguità, sia nell'accrescimento in spazi circoscritti, come in quelli che crescono nella pelvi derivando dall'istmo uterino; questi presentano anche solchi manifesti, fatti dal decorso della arteria uterina e dall'uretere.

Le tre sedi principali sono: la *sottosierosa*, la *interstiziale* o *intramurale* e la *sottomucosa;* si intende con tutte le varietà possibili e le possibili associazioni, sì che è facile trovare tutti i tipi in uno stesso esemplare.

I fibromi interstiziali sono quasi sempre accompagnati da una ipertrofia della muscolatura circostante, che determina a volte un aumento diffuso di tutto l'organo, uniforme o quasi, il che rende talora difficile pronunziarsi se un dato aumento sia dovuto solo a diffusa ipertrofia come nelle cosidette metriti o a un nodo fibroso intramurale.

Di tale ipertrofia consensuale è testimonio il volume dell'utero residuante a talune operazioni di miomectomia, sicchè pare che si sia lasciato un viscere eccessivamente grosso. Ma la esperienza ha dimo-

strato che in prosieguo di tempo si assiste a una ulteriore regressione e anche tali uteri riprendono volume regolare.

Tale ipertrofia consensuale è varia da caso a caso nella sua intensità e nella sua diffusione; specialmente scarsa può essere in certi uteri primitivamente ipoplasici, sia congenitamente, sia da malattia (tubercolosi).

I nodi sottosierosi possono presentarsi con larga base di impianto sulla superficie dell'utero ovvero quasi del tutto isolati, trattenuti solo da un peduncolo passibile anche di stiramenti e allungamenti, che potranno talora farci deviare nella diagnosi facendoci mancare

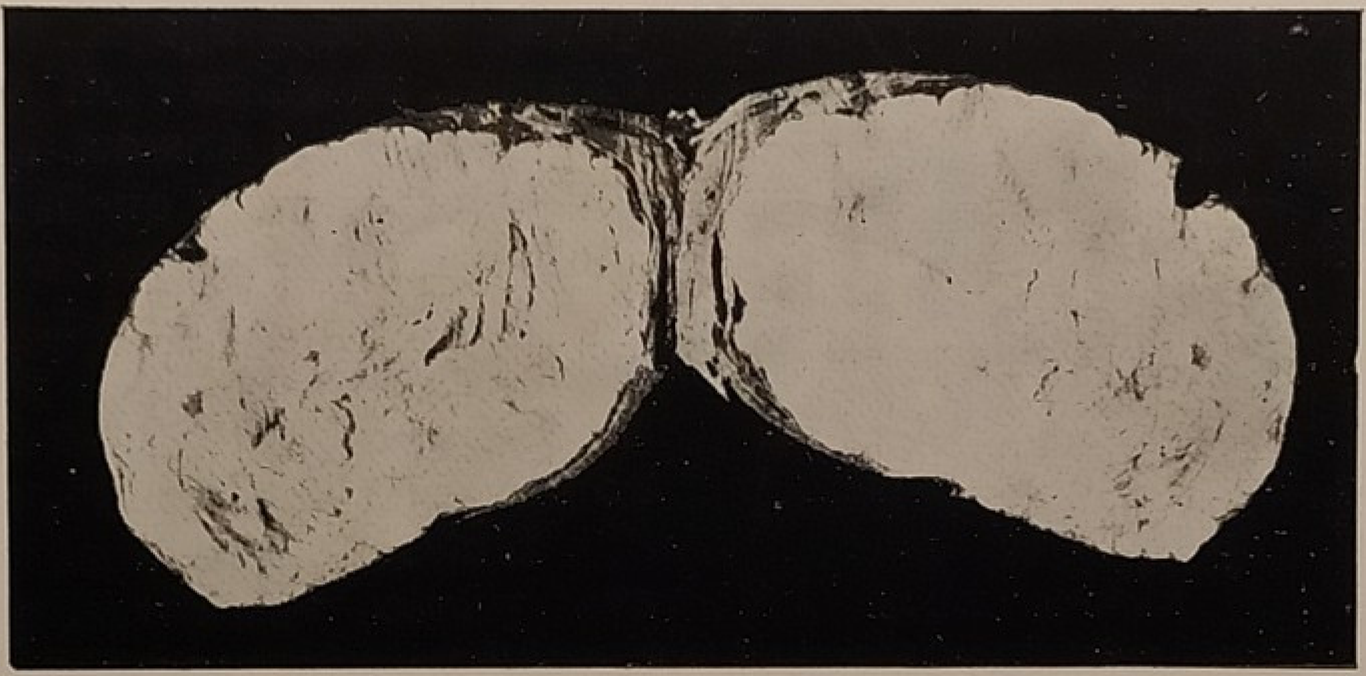


FIG. 131. – **Fibroma in utero ipoplasico e atresico per tubercolosi infantile (caso di amenorrea primitiva)** (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

l'elemento dei rapporti col corpo, o preparano possibilità di complicazioni come torsione del peduncolo o necrosi da mancata nutrizione, il che porta a facili aderenze, p. es. omentali, allo scopo di assicurare per altra via la vascolarizzazione.

Analogo comportamento rispetto alla mucosa hanno i fibromi sottomucosi; possono cioè fare solo lieve sporgenza parziale, o estrinsecarsi del tutto o in gran parte entro la cavità e, il peduncolo allungandosi, possono finire per farsi non solo endocavitari, ma anche endocervicali o apparire in vagina, dopo aver provocato una specie di travaglio di parto con dilatazione del collo.

Un cenno a parte merita una speciale varietà di fibromi, quelli *sottoperitoneali*, intendendo con questa denominazione di individuare i fibromi sviluppati nella parte bassa dell'utero, al di sotto del rivestimento peritoneale; sono i fibromi dell'istmo e del collo, sviluppantisi nel connettivo parametrale. Quando lo sviluppo sia prevalentemente a carico del collo si dicono anche *fibromi cervicali* e anzi si suole distinguerli in precervicali e retrocervicali, secondo che lo sviluppo avviene a carico della parte anteriore o posteriore del collo. Tali tumori vanno tenuti a sè: per la sintomatologia, in cui predominano fatti di compressione; per la scarsa influenza della funzione ovarica su di essi e quindi anche della radioterapia; per i rapporti che assumono con i vasi e l'uretere, oltre che con la vescica; e infine per le difficoltà operatorie talora notevoli.

Parliamo infine di *sviluppo infralegamentoso* quando il tumore si sviluppa fra le pagine del legamento largo; molti fibromi sottoperitoneali sono tali, ma anche taluni interstiziali, del corpo, se interessino la parte bassa o il margine dell'utero. Caratteristica di questa sede la rapidità di accrescimento e la mollezza talora cospicua.

La presenza del fibroma determina non solo modificazioni di forma e di volume, varie secondo il numero, la sede, le dimensioni; ma anche modifica la cavità, la mucosa, i rapporti con gli altri organi e spesso pure gli annessi.

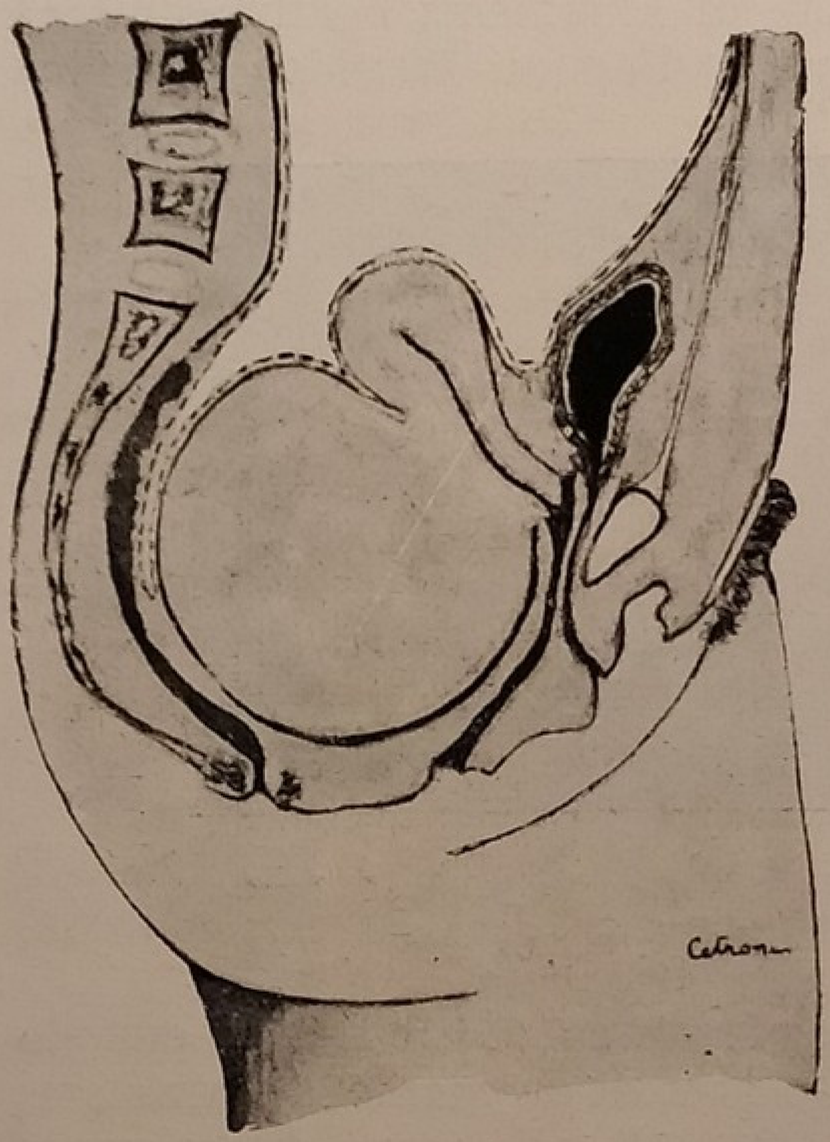


FIG. 132. – Fibroma retrocervicale, che riempie tutto la scavo, deprimendo il fornice; stiramento in alto della vescica (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Per riguardo alla cavità è frequente trovarla ingrandita, spesso tortuosa, irregolare. Al massimo la deformano i tumori sottomucosi; meno o nulla quelli sottoperitoneali o sottosierosi.

L'endometrio è talora ipertrofico e con vegetazioni polipoidi; talora invece, sopratutto dove siano dei nodi sottomucosi, atrofico.

L'utero fibromatoso può restare pelvico o sollevarsi nel grande addome, in rapporto sia con eventuali aderenze annessiali o pelviche, sia con la sede dei nodi (p. es. sottoperitoneale), sia ancora in relazione col volume. Talora nel sollevarsi l'utero fibromatoso ruota sul suo asse fino ad aversi dei veri fatti di torsione, sia acuta, che lentamente insorgente. Lo sviluppo prevalente di un tumore su una parete può mantenere l'utero in retroflessione obbligata.

Circa agli annessi ricordare la frequente associazione di idrosalpingi o postumi di flogosi che sono interpretati come fatti di reazione asettica; notare inoltre la facilità con cui si trovano delle ovaie di dimensioni più grosse del solito.

Sono possibili tutte le associazioni neoplastiche, sia con tumori delle ovaie, sia con tumori dell'endometrio (adenocarcinoma del corpo), come le associazioni flogistiche, sia dell'utero (tubercolosi) sia degli annessi (tubercolosi, blenorragia, ecc.).

I fibromi presentano anzitutto variazioni secondo lo stato della vascolarizzazione sanguigna e linfatica, il che rende ragione dell'aumento nei periodi premestruali. Caratteristica anche è la tendenza ad aumento per ipertrofia, non solo per congestione, ma per reale accrescimento nella complicazione con la gravidanza e tipica la regressione puerperale, a cui possono andare incontro, sì da non percepire più talora tumori che pur erano sembrati grossi durante la gravidanza o

il parto. Nello stesso modo avviene in gravidanza che in taluni casi si resta sorpresi del manifestarsi rapido di tumefazioni fibrose in uteri, che, in esami precedenti, ci erano sembrati regolari o solo di poco più grossi della norma.

Fig. 133. – Fibroma infralegamentoso; solco profondo scavato dall'uretere (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Indipendentemente da tali modificazioni mestruali gravidico–puerperali ricordiamo la regressione spontanea che segue alla menopausa o alla castrazione sia chirurgica che radioterapica.

Per lo più si tratta di una atrofia, seguìta talora, nei gradi avanzati, da deposizioni di sali calcarei.

Oltre alla deposizione di sali calcarei, più o meno diffusa, fra le manifestazioni regressive dei fibromi ricordiamo la trasformazione ialina e mixomatosa; si può anche avere un edema, più o meno accentuato; talora mentito da dilatazioni dei vasi linfatici che formano delle vere ampie

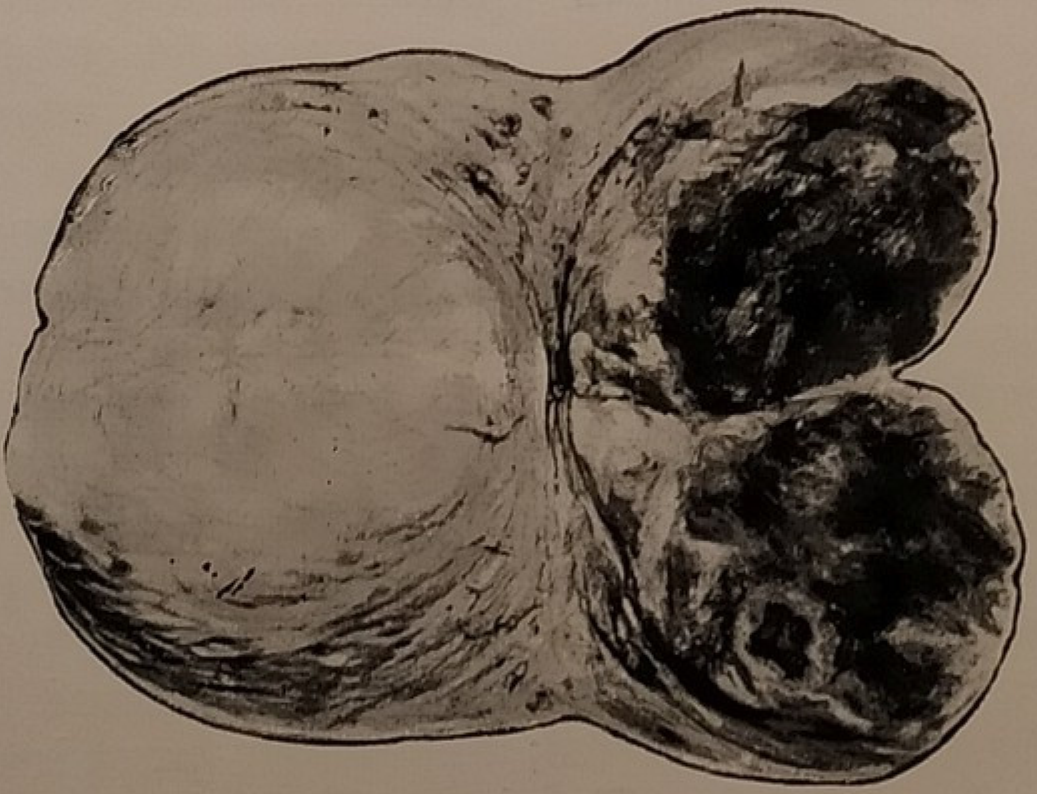


Fig. 134. – A sinistra un fibroma comune; a destra un fibroma rosso (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

lacune; talora si hanno dei veri fibromi cistici, oltre ai casi in cui la consistenza cistica è secondaria alla necrosi colliquativa o alla suppurazione.

Caratteristica è la necrosi rossa; forma interessante di necrobiosi in cui o tutto o parte del tumore acquista un colore rosso vinoso, o anche color foglia morta se il processo è più antico ed è in rapporto con

diffusione della sostanza colorante del sangue legata a modificazioni vascolari non bene note (1).

Congestioni o necrosi sono talora legate a modificazioni di sede, p. es. nella estrinsecazione sottosierosa di un fibroma o nella torsione del peduncolo o dello stesso utero. La necrosi può diventare settica per invasione di germi, sia da un utero puerperale (da ciò la speciale gravità di essa nel puerperio) sia da aderenze con l'intestino e allora si può arrivare a degli ascessi veri e propri nel contesto del fibroma.

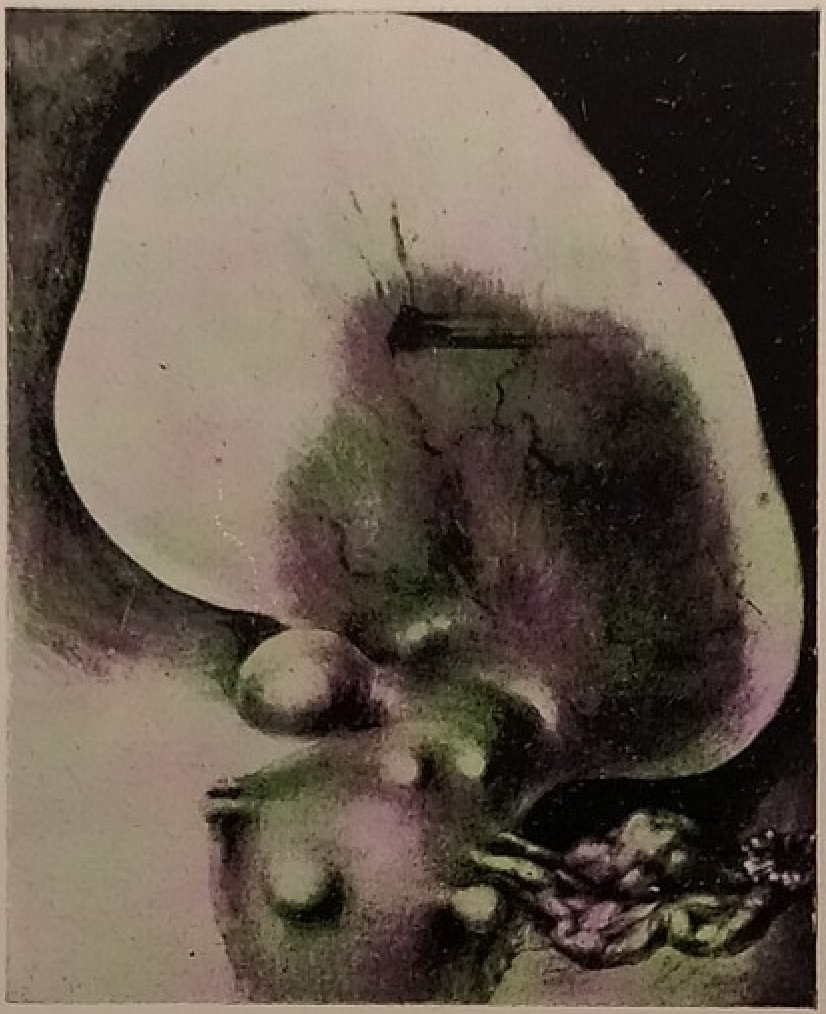


FIG. 135.
Necrobiosi di un fibroma sottosieroso (da CROSSEN).

Tale evenienza è sopratutto temibile nei fibromi sottomucosi quando avvenga una infezione dell'endometrio.

Fatti di necrosi putrida avvengono appunto facilmente nei fibromi sottomucosi, sopratutto quando si eliminino dal collo; per la scarsa o nulla loro nutrizione divengono preda dei germi saprofiti banali della vagina. Sono però di solito forme non gravi, perchè la asportazione è agevole, senza traumatismo alcuno. Bisogna però evitare scambi diagnostici p. es. con cancri del collo o del corpo, trattandosi di prognosi e di cure fondamentalmente diverse.

Si parla di trasformazione o degenerazione maligna dei fibromi, quando si assiste allo sviluppo di un sarcoma, con tutto il quadro clinico della malignità anatomica, che lo contraddistingue dal fibroma, tipico esempio della benignità anatomica. Ma non sempre si tratta di trasformazione; a volte era già un sarcoma (endotelioma, leiosarcoma, ecc.) che non era stato diagnosticato e aveva data la sorpresa sgradita di recidivare ben presto dopo un intervento, mentre noi avevamo rassicurato al riguardo la famiglia. D'altronde non sempre è chiaro anche l'esame microscopico; talora esso pure lascia in dubbio, e solo l'andamento successivo illumina sulla reale natura del tumore.

A volte però sarà davvero una trasformazione di un fibroma.

Al sarcoma potremo pensare clinicamente se ci sia un accrescimento particolarmente rapido, se si associ a decadimento progressivo notevole dello stato generale, se i sintomi dell'accrescimento si manifestino proprio nella menopausa, se ci sia dolore locale, o, dopo un

(1) Che si tratti soltanto e sempre di un netto prevalere di fibre muscolari non si può sostenere; non è esatto escludere ogni elemento di necrosi nel fibroma rosso; è verosimile che si tratti di più varietà.

intervento, se ricompaiano localizzazioni o al posto del moncone o sulla ferita operatoria o a distanza.

Fra le complicazioni del fibroma abbiamo poi la possibile associazione con un cancro del collo o del corpo.

La frequenza del fibroma è grande nelle forme meno accentuate, sicchè una larga percentuale di donne, verso i 40 anni, possono trovarsi con l'utero fibromatoso anche senza alcun sintoma morboso. La fre-

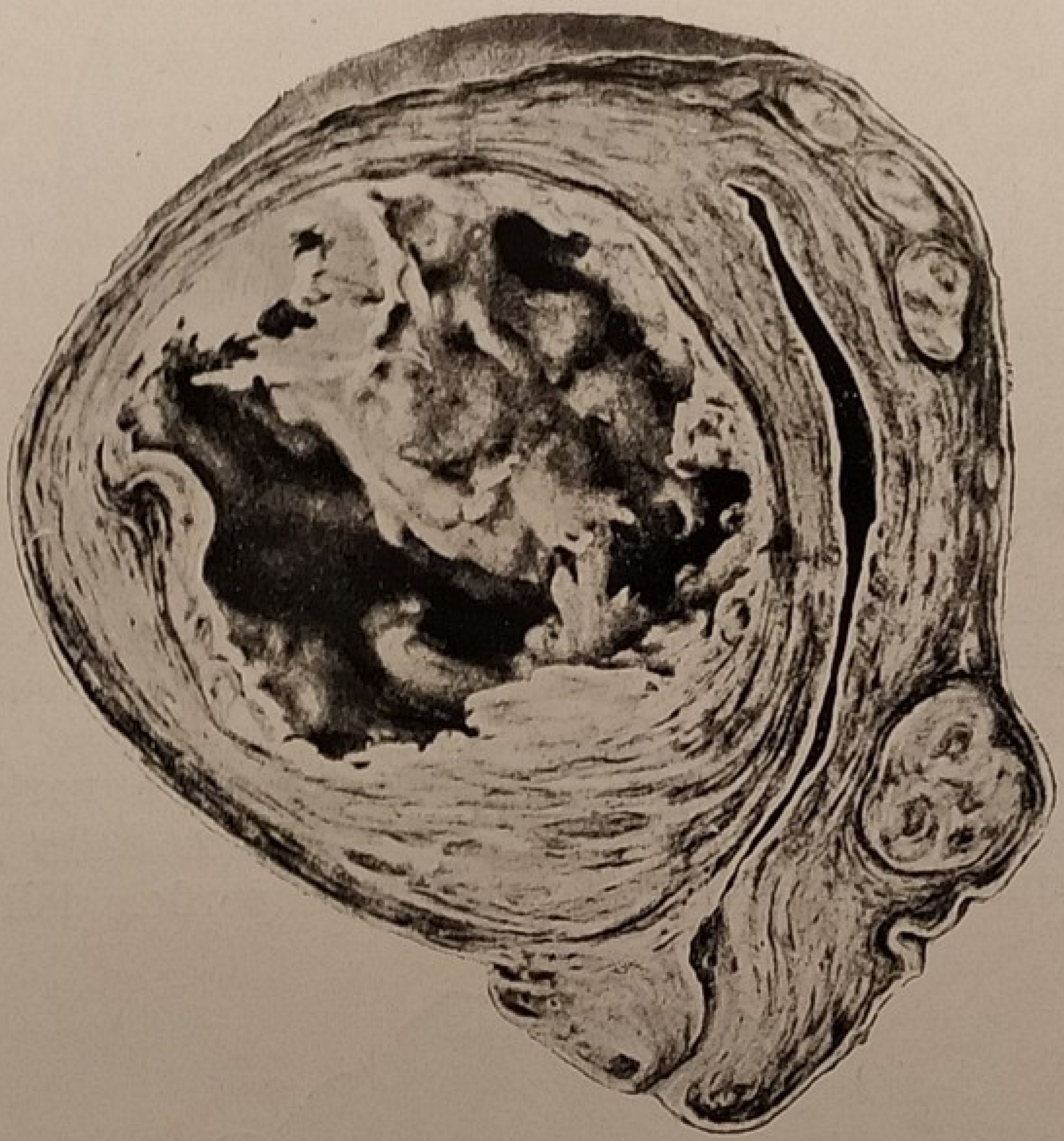


FIG. 136. – Necrosi e colliquamento di un fibroma (da CROSSEN).

quenza è maggiore nelle zitelle e nelle spose sterili. È nota la prevalenza nelle insegnanti, nelle suore e istitutrici.

Comunque la massima frequenza è fra i 35 e 45 anni; eccezionali sono prima di 25. È da dire inoltre che nel maggior numero dei casi si ha un riconoscimento tardivo oppure lo si ha solo quando i tumori si sono sviluppati fino ad un certo volume, ma preesistevano anche quando per es. in una donna venuta a noi per sterilità o per dismenorrea noi non li avevamo percepiti.

I sintomi talora mancano e il reperto di fibromi è accidentale nel corso di esami da parte di un medico generico, che vede l'addome. Pure con volumi rilevanti e da essere palpabili già al semplice esame esterno addominale, ci sono casi sconosciuti alle portatrici, per la mancanza di disturbi speciali, nè funzionali, nè meccanici. Il sintomo classico dei fibromi è in genere la menorragia, ossia la esagerazione della perdita sanguigna mensile; questa diviene più frequente, anticipante, più prolungata, oltre i giorni abituali, più copiosa sino a diventare causa di stati anemici anche di rilievo, dando poi una speciale fisionomia pallida paglierina.

Di solito tipico del fibroma è il ritmo delle perdite mestruali; non c'è perdita intermestrua irregolare; tranne il caso di fibromi sottomucosi o di associazioni polipose o maligne dell'endometrio o di fatti flogistici.

FIG. 137. – Fibroma sottomucoso; il polo inferiore, che faceva ernia all'orifizio esterno del collo, è in parte necrotico (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

La causa dell'aumentato deflusso sanguigno è varia; si invoca una iperfunzione ovarica, che fu anche incolpata della stessa insorgenza dei fibromi; si pensa all'aumento della superficie dell'endometrio,

FIG. 138. – Fibromi multipli del margine sinistro dell'utero a sviluppo infralegamentoso e sottoperitoneale. È sezionata la parete anteriore dell'utero.

nei casi in cui la cavità uterina è molto aumentata; la si riferisce alle modificazioni dell'endometrio a forma iperplastica o poliposa. Certo è in giuoco pure la stasi o la abnorme posizione secondaria dell'utero.

Ad ogni modo non è sintoma costante. Eccelle nelle forme sottomucose; manca quasi sempre nelle sottosierose e nelle sottoperitoneali, anche in casi di cospicue dimensioni. Al contrario talora piccoli tumoretti sono causa di profuse metrorragie.

Altro sintomo è il dolore; talora premestruale, in rapporto con la congestione locale; di raro acuto, se non si tratti di coesistenti fatti flogistici annessiali o di spostamenti acuti di sede (estrinsecazione sottosierosa o sottomucosa di un nodo, o travaglio di parto per la espulsione traverso il collo di un nodo già sottomucoso). Dolori si possono pure avere in rapporto con una torsione del peduncolo o con una necrosi del tumore, sia asettica, da mancata nutrizione, da trombosi, sia settica. Siccome si tratta di eventualità, che si verificano con un massimo di frequenza in gravidanza o in puerperio è evidente che in queste condizioni il dolore acquista maggiore frequenza e significato clinico.

Fig. 139. – Torsione sul peduncolo ed emorragie multiple di un fibroma sottosieroso.

Fig. 140. – Fibromi multipli sottosierosi a sinistra e sottoperitoneali a destra; qui due solchi corrispondenti all'arteria uterina e all'uretere (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Un gran numero di fibromi non pregiudica in nulla l'apparato urinario; in altri invece talora proprio una fenomenologia urinaria è quella che per prima richiama l'attenzione della donna e la porta dal medico. Si ha cioè frequenza nella minzione o difficoltà, fino alla ritenzione.

Ciò si verifica sopratutto negli uteri retroflessi fibromatosi o quando il tumore abbia sviluppo cervicale; in tali casi l'uretra rimane schiacciata contro il pube e si allunga; la vescica è dislocata in alto sopra

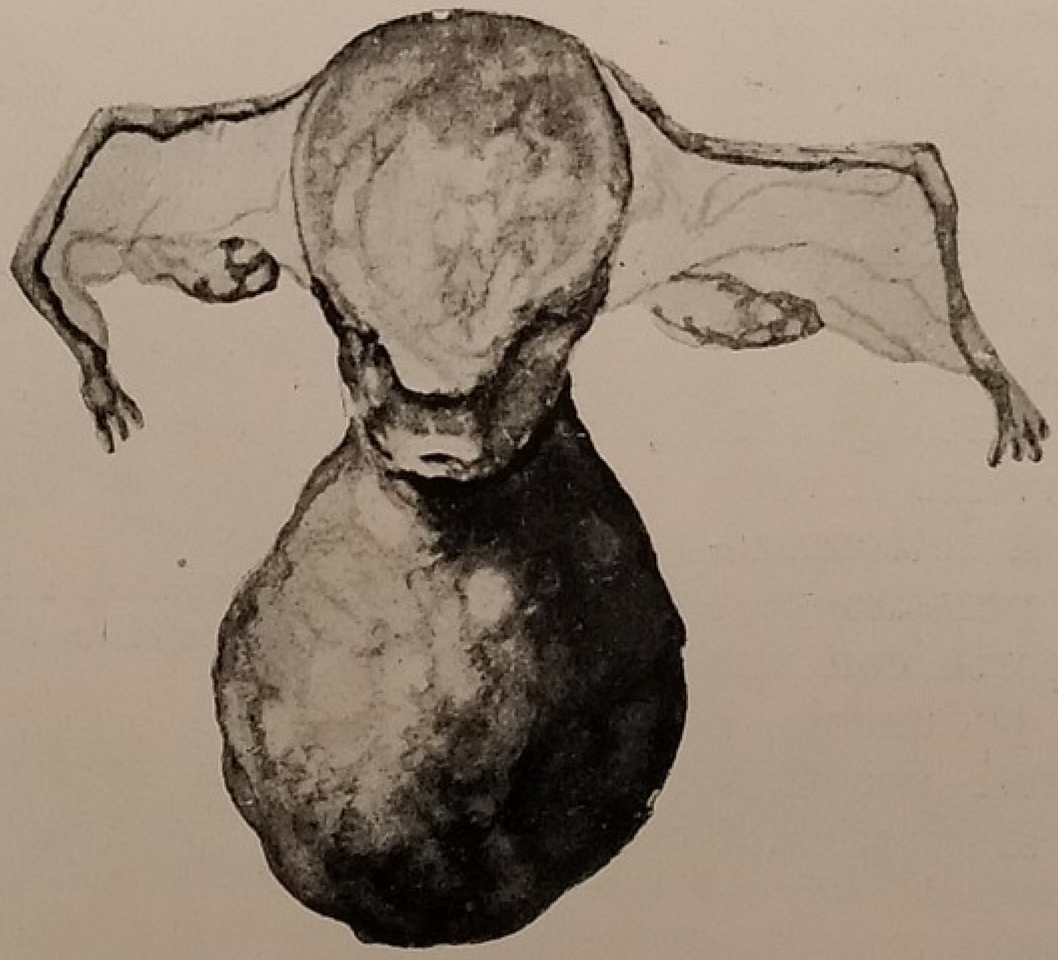


FIG. 141. – Grosso fibroma retrocervicale che deprimeva il fornice (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

la sinfisi e, se piena, fa un rilievo analogo a quello che si vede nel periodo espulsivo del parto, se la vescica non può svuotarsi.

Ne deriva difficoltà alla minzione, talora addirittura impossibile. I disturbi più gravi si hanno nei fibromi cervicali a sviluppo retrocervicale; essi dislocano la vescica molto in alto anche nella vacuità di essa, del che bisogna tenere conto quando si intervenga operativamente; giacchè capiterà di trovare la cupola vescicale già a livello della cicatrice ombellicale.

A volte si aggiungono fatti di compressione degli ureteri con le conseguenze solite dei ristagni; in certi fibromi infralegamentosi il decorso dell'uretere segna un solco netto profondo nella superficie del tumore.

Non mancano nei fibromi fenomeni da compressione sui vasi, sui nervi; ne derivano dolori o stasi nel circolo venoso emorroidario, nelle vene degli arti inferiori, con possibilità di edemi, varici, ecc.

Ricordiamo anche possibile una leucorrea, da congestione, da necrosi di forme sottomucose, varia quindi di aspetto e di significato.

La sterilità è compagna frequente in rapporto alla deformazione della cavità, allo spostamento del collo, alle alterazioni dell'endometrio, alla concomitanza di lesioni annessiali.

Se la gravidanza sopravviene, sono facili gli aborti, e le complicazioni varie a cui si è già accennato.

Fra i sintomi a distanza ve n'ha di natura riflessa, come nausea, vomito, disturbi nervosi a tipo neurastenico; vi sono sofferenze cardiovascolari in rapporto con la asserita frequenza di lesioni del cuore, o

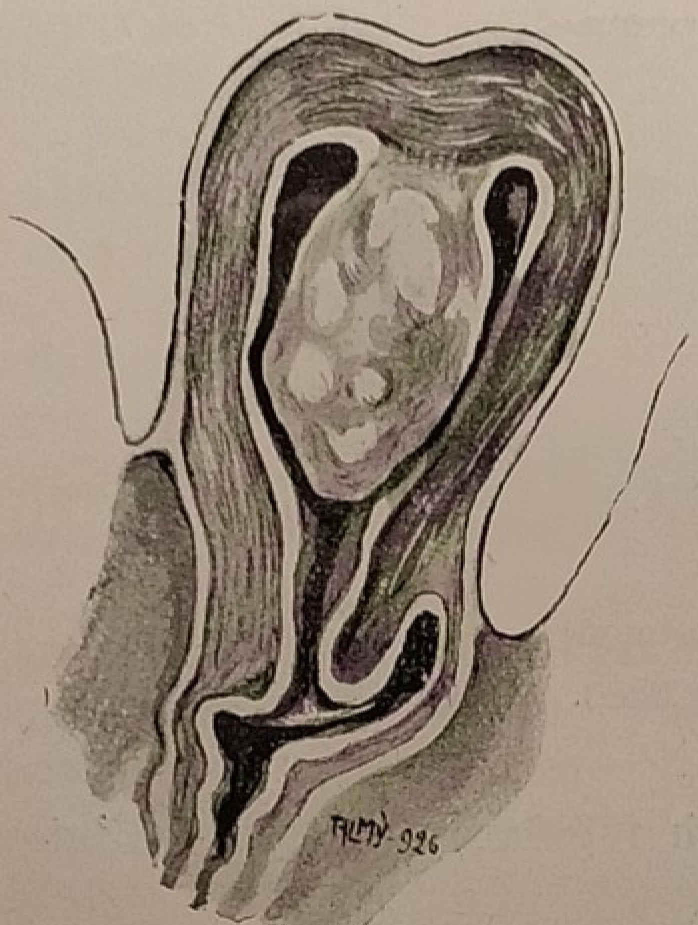


Fig. 142.
Polipo fibroso.

Fig. 143.
Polipo fibroso con inversione dell'utero.

con la ipertensione oltre, si intende, al possibile stato di anemia, più o meno spiccato secondo la durata, la cronicità, la abbondanza delle perdite di sangue.

Fra i sintomi dovremo, infine, aggiungere l'aumento di volume dell'addome, che è rilevabile dalla stessa malata nelle forme voluminose intraddominali.

Il *decorso* dei fibromi è di solito lento; possono rimanere stazionari anche molti anni; fanno di solito ritardare la menopausa anche oltre i 50 anni, questa d'altra parte suole essere seguìta da una progressiva regressione del tumore.

A volte ad un dato momento un fibroma, fino allora rimasto asintomatico o comunque stazionario, dà segni di sè o mostra un accrescimento rapido; talora l'accrescimento è in rapporto con una degenerazione maligna sarcomatosa, talora invece la natura anatomicamente benigna del contesto del tumore non muta pur notandosi la rapida tendenza a crescere.

Sopratutto sospetto deve essere l'accrescimento che si palesi dopo la menopausa.

Quando in un fibroma da prima asintomatico o caratterizzato da scarsa influenza sulla mestruazione compaiono dolori e si accentua la tendenza emorragica è facile che il fibroma sia divenuto sottomucoso.

La diagnosi nei casi puri, tipici, è delle più facili.

I fibromi di maggiori dimensioni che, diventano addominali, si palpano dall'esterno o come unica massa tondeggiante, fibrosa, mediana, affondantesi nella pelvi, spostabile, non dolente, se non ci siano delle complicazioni, ovvero come un conglomerato di masse bernoccolute solidali fra loro, quando predominino i tumori sottosierosi, mentre gli

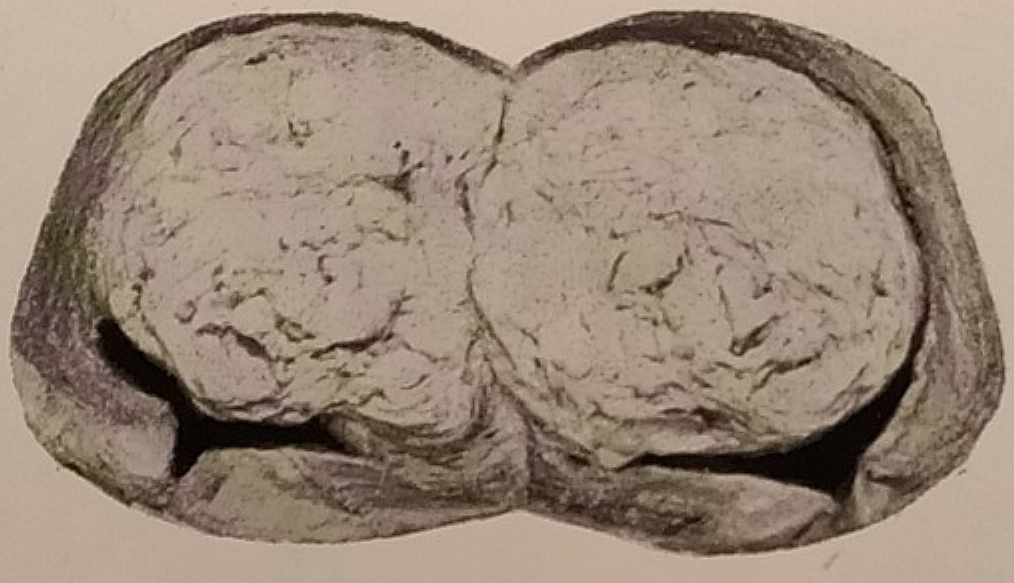


FIG. 144. – Fibroma sottomucoso
(*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

interstiziali e i sottomucosi dànno un più regolare aumento dell'utero, se pure non simmetrico.

I dati dell'esame esterno sono completati dall'esame vaginale: questo ci farà sentire: il collo spostato in alto (tumori cervicali o infrale-

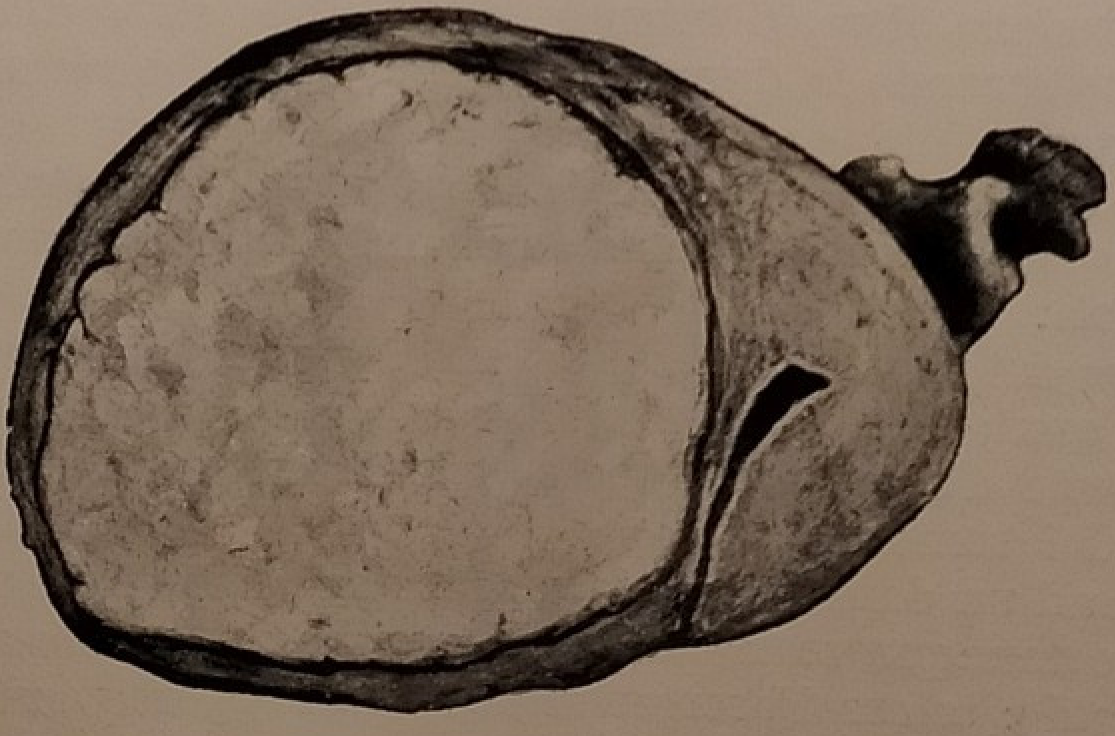


FIG. 145. – Grosso fibroma interstiziale: la cavità uterina non è aumentata
(*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

gamentosi), conservato talora, talora quasi appianato (tumori sottomucosi o cervicali), svasato (nella estrinsecazione di tumori sottomucosi entro al collo), deviato in avanti o indietro secondo il prevalente sviluppo del tumore; i fornici possono trovarsi depressi o no secondo che ci sia o no sviluppo infralegamentoso o sottoperitoneale (in questi casi ricor-

dare la consistenza molliccia. In ogni modo il collo uterino segue gli spostamenti impressi alla massa neoplastica.

Il corpo dell'utero non è identificabile sempre; per lo più è confuso nella massa neoplastica avvertita dall'esterno; a volte però si riesce a riconoscerne il fondo (sopraelevato nei tumori cervicali o infralegamentosi).

Vi sono casi complessi, sia per associazioni neoplastiche o flogistiche sia per la disposizione anatomica o per una coesistente gravidanza, sia intra- che extrauterina.

La diagnosi differenziale nei grossi tumori può occorrere con la gravidanza o con i tumori dell'ovaio; quando non si possa individuare il feto per obesità, per tensione delle pareti, per mola vescicolare, l'errore diagnostico è stato più volte commesso. (Nè sempre varrà la ricerca della amenorrea, che la vedemmo anche in fibromi, nè della emorragia che fu vista in gravidanze p. es. vescicolari, d'altra parte nei fibromi cistici o con pseudofluttuazione manca il criterio della consistenza).

Nei tumori piccoli, quelli interstiziali che ingrandiscono uniformemente l'utero possono far pensare ad una metrite e la diagnosi non è meglio precisabile, a meno che non ci siano criteri di probabilità nella presenza di una cervicite cronica.

Il cancro del corpo non dà di solito eccessivo aumento dell'utero, a meno che non ci sia una associazione di esso con un fibroma; comunque nella sintomatologia domina la metrorragia irregolare invece della menorragia e inoltre giova il criterio dell'età di solito più avanzata che non per i fibromi.

Anche per i tumori piccoli bisogna sempre ricordare la possibile gravidanza: pensandoci è più facile dare il giusto peso alla amenorrea, alla mollezza dell'istmo, alle modificazioni di consistenza dell'utero sotto le nostre manovre (contrazioni); ricordare che il migliore mezzo è di non avere fretta; l'esame a distanza ci permetterà di seguire la evoluzione dell'utero togliendo i dubbi che ci fossero rimasti.

Adenomiomi – Adenomiositi.

Clinicamente di solito confusi con i fibromi, gli adenomiomi sono singolari tumori nei quali l'elemento connettivale fibroso si dispone attorno a nuclei di ghiandole quasi sempre provviste di un epitelio cubico o cilindrico basso, spesso circondate da tessuto citogene.

Il volume non è mai cospicuo, l'utero ne viene quasi uniformemente aumentato; alla sezione trasversale l'aspetto è caratteristico trabecolato come nei miomi, ma con evidenti spazi, già riconoscibili ad occhio nudo, talora segnati da un colorito sanguigno, talora addirittura distesi da sangue (le ghiandole partecipano infatti delle modificazioni periodiche mestruali se pure limitatamente); talora occupate da un secreto mucoso e gelatinoso; manca un netto limite alla neoplasia, la quale non può essere sgusciata dal restante miometrio per la mancanza di una propria capsula, quale è invece tipica dei fibromi.

Talora, tutta la parete uterina è aumentata uniformemente di spessore; talora solo parzialmente; spesso è evidente un graduale passaggio verso la mucosa.

La sede di elezione è il corpo dell'utero; ma si possono avere anche a livello del collo ed allora hanno tendenza ad estrinsecarsi e in taluni casi si assiste al formarsi di tumori cistici per la disten-

FIG. 146. – Distribuzione degli adenomiomi:

1) utero; 2) setto retto-vaginale; 3) trombe; 4) parte inguinale del leg. rotondo; 5) 6) 7) ovaio e legam. utero-ovarico; 8) leg. sacrale; 9) muscolo retto; 10) sigma; 11) ombellico; 12) 13) parete rettale; 14) parte intraperit. del leg. rotondo; 15) appendice; 16) ileo (da CULLEN e LAUCHE).

sione delle cavità ghiandolari, in alcuni rari esemplari si è arrivati a delle forme racemose: adenomiomi cistici cervicali.

Adenomiomi sono stati trovati con una discreta frequenza pure a livello della porzione intestiziale delle trombe; e si rivelano come delle nodosità che fanno netta sporgenza agli angoli tubarici.

Per queste forme la patogenesi flogistica (stati lenti, cronici, spesso di natura tubercolare) è la più probabile.

Una genesi flogistica in senso lato è ammessa anche per molti adenomiomi uterini e si parla anzi allora di *adenomiometrite* in senso più preciso. Dovrebbero essere caratterizzati dalla presenza di reperti che parlino per la preesistenza di lesioni infiammatorie.

Per altri casi si invocano per la patogenesi delle inclusioni embrionarie, tanto di resti Wolfiani che di elementi Mulleriani. Questa ultima derivazione è la più frequente e testimoniata dai caratteri delle ghiandole e dallo stroma che circonda i singoli tuboli o gruppi di tubuli;

FIG. 147. – Adenomioma con grosso polipo adenomatoso (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

FIG. 148. – Adenomioma cistico retro-cervicale: in alto il corpo dell'utero cogli annessi; in basso e sinistra tre tumefazioni tondeggianti; fra esse e il corpo a destra si vede la sezione del collo (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

per lo più si tratta di una genesi diretta dalla mucosa uterina, con l'affondarsi progressivo nel miometrio dell'elemento ghiandolare, esagerando quello, che del resto è fatto fisiologico per gli strati più interni, dato che il mancare di una sottomucosa uterina fa appunto insinuare fra fasci muscolari fondi di ghiandole molteplici.

Fig. 149. – Lo stesso caso in sezione, a livello della tumefazione maggiore retrocervicale; evidente la natura cistica di questa (conteneva sangue color cioccolatto e comunicava col canale cervicale per un sottile tramite) (v. in *Clinica Ostetrica* 1926, n. 3).

La sintomatologia si confonde con quella dei fibromi interstiziali di medio volume; ossia, come questi, gli adenomiomi dànno menorragia, talora metrorragie se associati con produzioni polipose dell'endometrio; in qualche caso si aggiungono dolori premestruali gravativi; l'età più frequente è dopo i 40 anni.

Vi sono associazioni con fibromi puri, come con tumori dell'ovaio; inoltre si è vista la coesistenza di fatti flogistici locali o annessiali, anche tubercolari.

Gli adenomiomi sono di solito tumori benigni; ma non è a meravigliarsi, dato appunto il nucleo endometriale, che ne possano derivare anche neoplasie maligne. Nella clinica di Roma ho osservato un magnifico esemplare di adenocarcinoma dei due angoli tubarici, che aveva preso punto di partenza da un adenomioma angolare bilaterale.

Adenomiomi sono stati trovati nei più vari segmenti dell'apparato genitale; ricordiamo fra le sedi più importanti il legamento rotondo

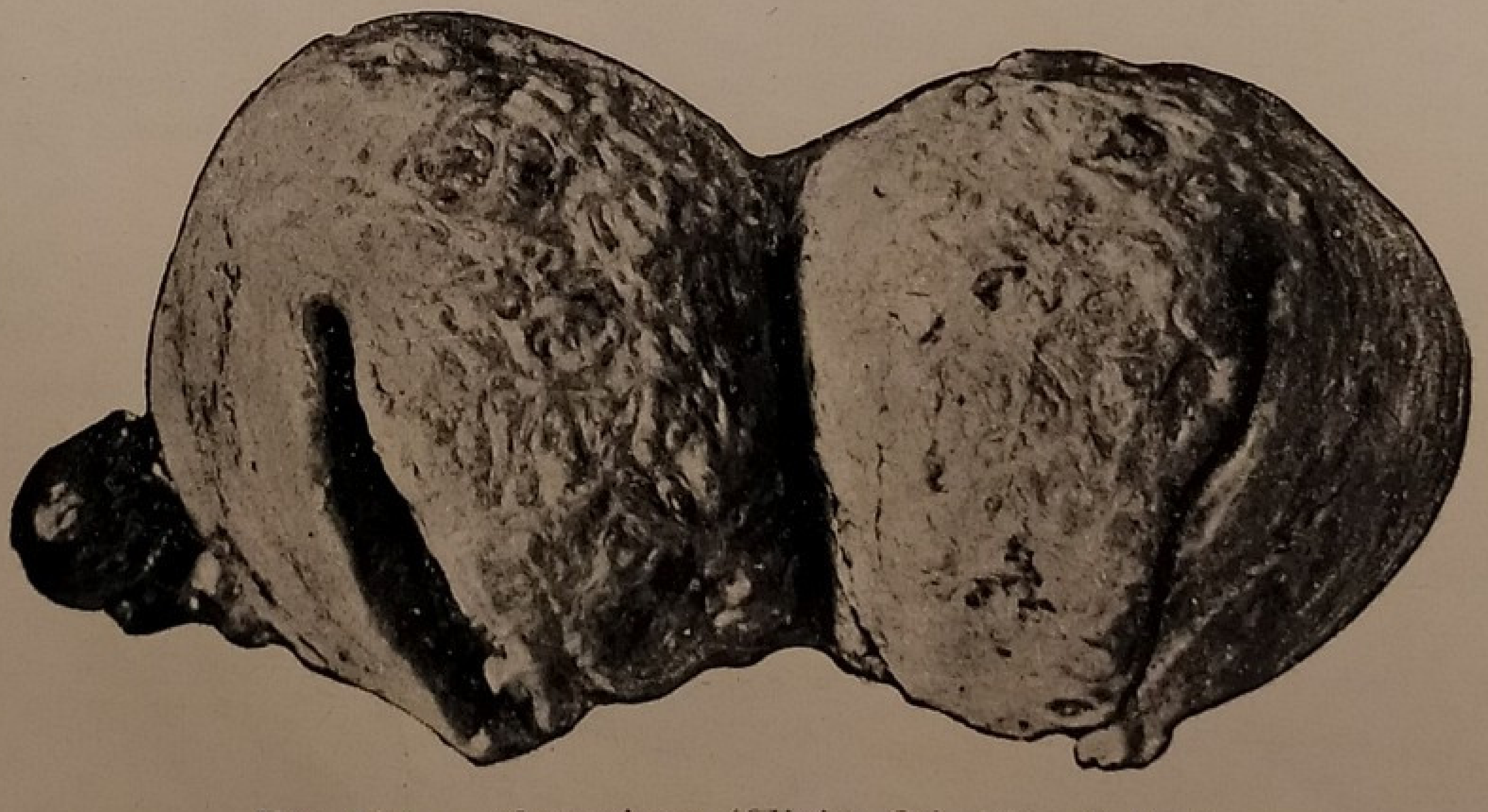


Fig. 150. – Adenomioma (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

sia nella parte prossimale che distale e la localizzazione retto-vaginale. In questa all'inizio si hanno piccoli nodi aderenti al fornice posteriore, dolenti, causa di dolori mestruali e di dolori nel coito, con mucosa vagi-

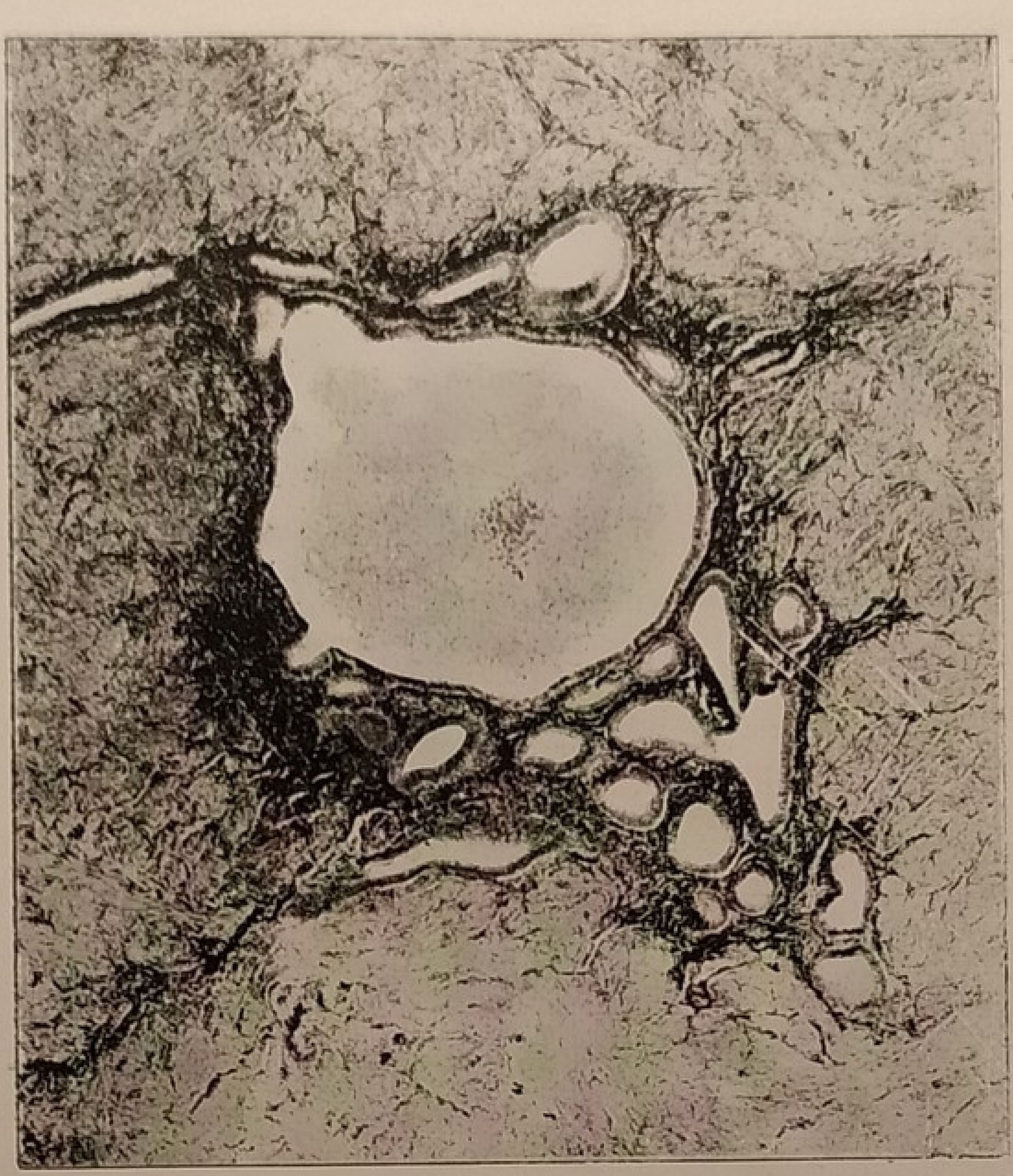


FIG. 151. – Isola di mucosa uterina nel miometrio (da MOMIGLIANO).

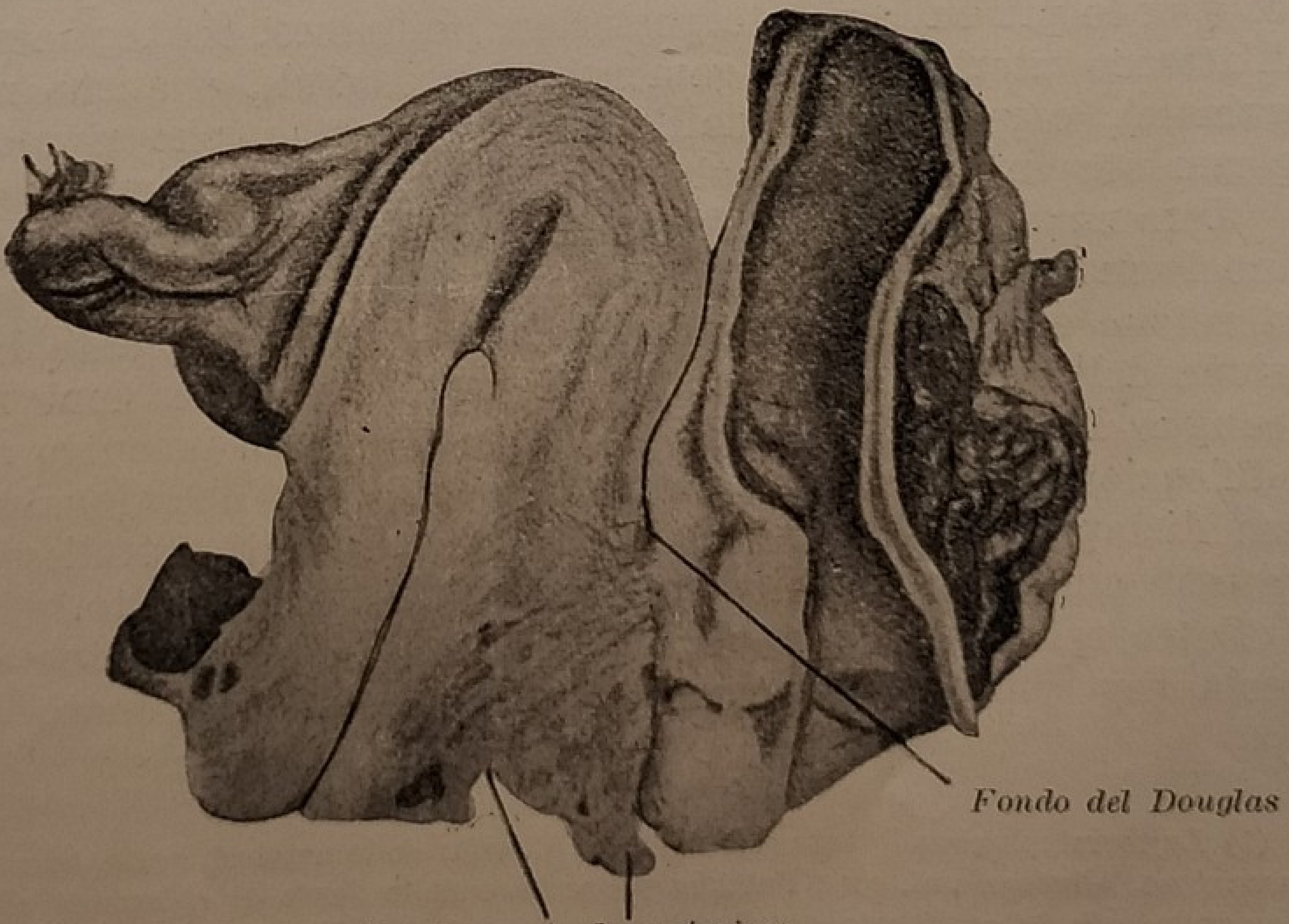


FIG. 152. – Adenomiosite del setto retto-vaginale (da C. LOCKYER).

nale aderente: hanno tendenza ad ingrandire ed invadere il retto, dando tenesmo insistente; a volte si producono delle ulcerazioni sia vaginali

FIG. 153. – Adenomiosite in utero bicorne (da MOMIGLIANO).

che rettali. Si parlava di una adenomiosite vagino-rettale; oggi si identificano con degli endometriomi del setto retto-vaginale.

Endometriomi. (1)

Si tratta di formazioni per lo più piccole, cistiche, con pigmentazione ematica o addirittura a contenuto emorragico, che si trovano a prevalenza nell'ovaio (sulle pareti laterali o sul margine inferiore, sia in superficie che profondamente) o disseminate sul peritoneo pelvico (per lo più sulla parete posteriore dell'utero, sui legamenti larghi, sull'attacco uterino dei legamenti utero-sacrali, e anche nel canale inguinale), caratterizzate dall'avere una parete, che riproduce istologicamente in modo completo la struttura della mucosa uterina.

Terreno di elezione è l'ovaio, nel quale gli endometriomi acquistano le maggiori dimensioni, fino a quella di una noce e più, per la distensione dovuta alle emorragie che vi avvengono, data la partecipazione della mucosa uterina eterotopa alle modificazioni mestruali. Il sangue di solito è trattenuto a lungo e va così incontro alle solite modificazioni, e quando si trovano, per lo più occasionalmente nel corso di laparotomie, per cura di fibromi, annessiti, retroflessioni, ecc., appaiono come delle cisti di contenuto color cioccolatto.

Sotto tale forma esse sono ben note ad ogni operatore di anche piccola esperienza. Meno invece hanno finora richiamato la atten-

---

(1) La terminologia adottata dai vari Aa. è varia: endometriosi, mullerianosi, peritonite adenomatosa, adenomiomi, ecc.; l'ultima proposta è dello Jayle di chiamarli *solenomi*, che, richiamando solo la costituzione tubulare, non pregiudica l'origine di tutte queste forme, in cui egli comprende gli adenomi, gli adenomiomi, ecc.

V. in *Clinica Ostetrica*, n. 11. 1924 (Gaifami) e n. 10, 1926 (Cetroni).

zione focolai diffusi nella pelvi, che possono sfuggire, se non se ne faccia speciale ricerca, tranne nei casi, del resto rari, che essi raggiungano anche qui dimensioni maggiori.

Ne sono descritti sull'intestino, nel setto retto-vaginale, all'ombellico, nei legamenti rotondi, nelle cicatrici laparotomiche, ecc. Talora assumono aspetto di veri nodi solidi, per la presenza di elementi fibromuscolari attorno al nucleo ghiandolare; si parla di endometriomiomi e si identificano allora con gli adenomiomi (1).

L'attenzione su tali forme è stata particolarmente richiamata negli ultimi anni e sopratutto ha avuto fortuna una audace nuova concezione patogenetica venutaci dal Sampson: non più spiegazioni difficili, sulla base di inclusioni embrionali o ritorni metaplastici degli epiteli sotto influenze indeterminate o sotto stimoli infiammatori; più semplicisticamente secondo le nuove vedute tali *disseminazioni endometriali sono dovute a autotrapianti di elementi epiteliali o di frammenti di mucosa distaccantisi dall'endometrio e per via retrograda arrivanti nella cavità peritoneale traverso il lume delle trombe.*

Tali frammenti così portati nella pelvi acquisterebbero proprietà di impianto e di sviluppo autonomo, sopratutto nell'ovaio, dove si costituirebbero focolai di ulteriore diffusione, quando le formazioni derivantine si rompono per la distensione emorragica mestruale, mettendo in libertà altri elementi endometriali, capaci a loro volta di attecchire.

Ma poichè tale genesi male si adatterebbe per certe sedi venne invocata pure la possibilità di un trasporto dell'epitelio per la via venosa o per la via linfatica.

Indipendentemente dalla genesi, che è del resto discussa, dal lato clinico risulta che gli endometriomi prediligono l'età matura, dopo i 35 anni, sono spesso associati ad altri tumori, a retroflessioni, a fatti flogistici; si accompagnano a sterilità, a dismenorrea, a menorragie. La dismenorrea è spiegabile con il versarsi di sangue entro le cavità ad ogni ritorno mestruale; gli altri sintomi sono in relazione con la malattia concomitante.

Ad ogni modo, mentre è bene che pure il medico pratico sappia del nuovo capitolo, che si viene costruendo, bisogna subito soggiungere che si tratta quasi sempre di diagnosi operatorie più che cliniche.

Polipi uterini e cervicali.

Per completare le nozioni sui tumori benigni dell'utero, diciamo qui alcune parole sui polipi.

Possono essere cervicali o del corpo, mucosi o fibrosi. Questi ultimi rappresentano per lo più la fase finale della estrinsecazione cavitaria di fibrometti sottomucosi; si accompagnano di solito a crisi dolo-

---

(1) Si tratterebbe quasi di adenomioni aberranti, come per converso si potrebbe dire che gli adenomiomi sono degli endometriomi uterini.

rose a tipo di colica, sia nel momento della estrinsecazione, sia poi quando, traverso ad una specie di travaglio di parto, l'utero se ne liberi spingendolo nel canale cervicale prima, poi in vagina; c'è di solito anche emorragia, irregolare, atipica, per lo più dopo un periodo di menorragie; se il canale cervicale rimane beante per qualche tempo in modo da aversi inquinamento della cavità uterina, o il tumoretto non sia più nutrito e vada incontro a necrosi, si può verificare la putrefazione di esso, con perdite fetide icorose, che potrebbero mentire la presenza di un tumore maligno.

Vegetazioni circoscritte della mucosa uterina con produzione di escrescenze a tipo poliposo, si hanno con una certa frequenza nella cosidetta endometrite ghiandolare ipertrofica, e già se ne tenne parola.

FIG. 154. – Fibroma sottomucoso; a sinistra e in alto un polipo mucoso (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

La sintomatologia è data da leucorrea e da emorragie. Se ne può sospettare la presenza, più che diagnosticarla con certezza, quando in caso di menorragie o metrorragie insistenti non si trovino altre lesioni anatomiche di rilievo, tumori del corpo, del collo o dell'ovaio, o ci siano le note della cosidetta metrite ossia un modico ingrossamento diffuso dell'utero; è allora un reperto operatorio nell'occasione di un raschiamento uterino a cui si finisce per ricorrere per assicurarsi delle condizioni dell'endometrio.

Sono i casi in cui il raschiamento diventa anche curativo.

Dei polipi mucosi semplici con prevalenti dilatazioni cistiche ghiandolari o addirittura a tipo adenomatoso, sono anche reperto di una certa frequenza in casi di tumori benigni o maligni dell'utero, soprattutto nei fibromi, e possono in questi spiegare perchè, ad un certo momento, alle menorragie si soprappongono delle metrorragie irregolari.

Frequenti sono i *polipi cervicali*, mucosi per lo più, che sogliono affacciarsi o sporgere dall'orificio esterno del collo; in qualche raro caso il peduncolo può allungarsi tanto che il grosso del polipo arriva alla vulva; ve ne ha di tutte le dimensioni; nella fase iniziale si pre-

sentano come circoscritte vegetazioni nell'orifizio uterino. Sono costituiti fondamentalmente da uno stroma più o meno ricco di vasi, e più o meno disseminato di ghiandole racemose e con rivestimento epiteliale, sinuoso, per lo più; alcune volte questo conserva gli attributi

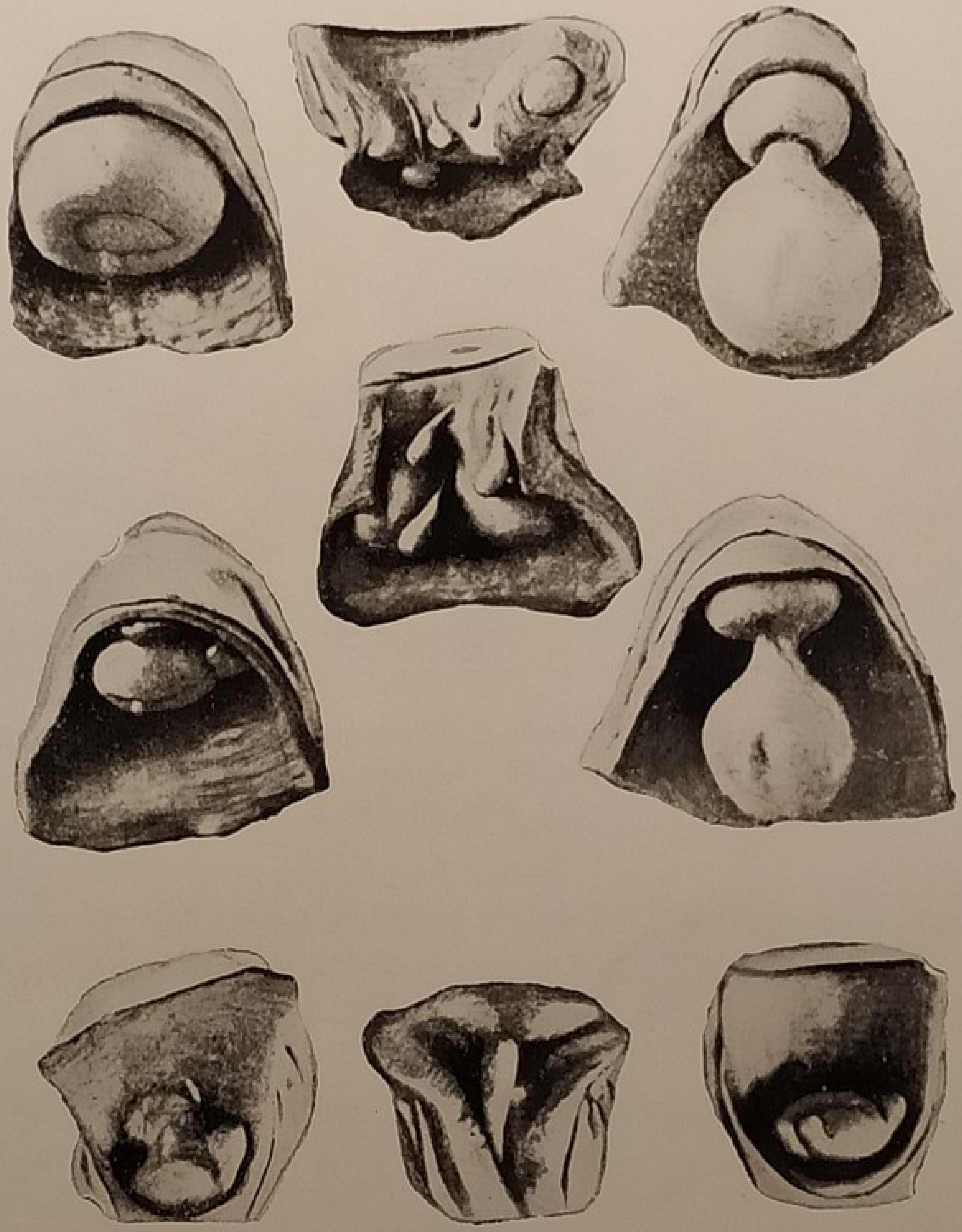


FIG. 157. – Varietà di polipi cervicali (da CROSSEN).

delle cellule cervicali, cilindriche, alte, con i nuclei a palizzata basali, ma sono frequenti i fatti di atipia e di stratificazione; nella parte che sta in vagina è frequente la produzione di un rivestimento pavimentoso stratificato.

Infiltrazioni flogistiche, infiltrazioni ematiche possono sovrapporsi modificando l'aspetto macroscopico e quello istologico.

Come condizioni predisponenti troviamo gli stati flogistici cronici del collo e le lacerazioni di esso. Nella sintomatologia domina la leucorrea e le perdite di sangue irregolari, di solito a stillicidio, e quasi sempre, specialmente all'inizio, provocato dal contatto.

L'esame obiettivo precisa facilmente la loro presenza, che può essere meglio accertata con esame diretto strumentale (valve, speculum).

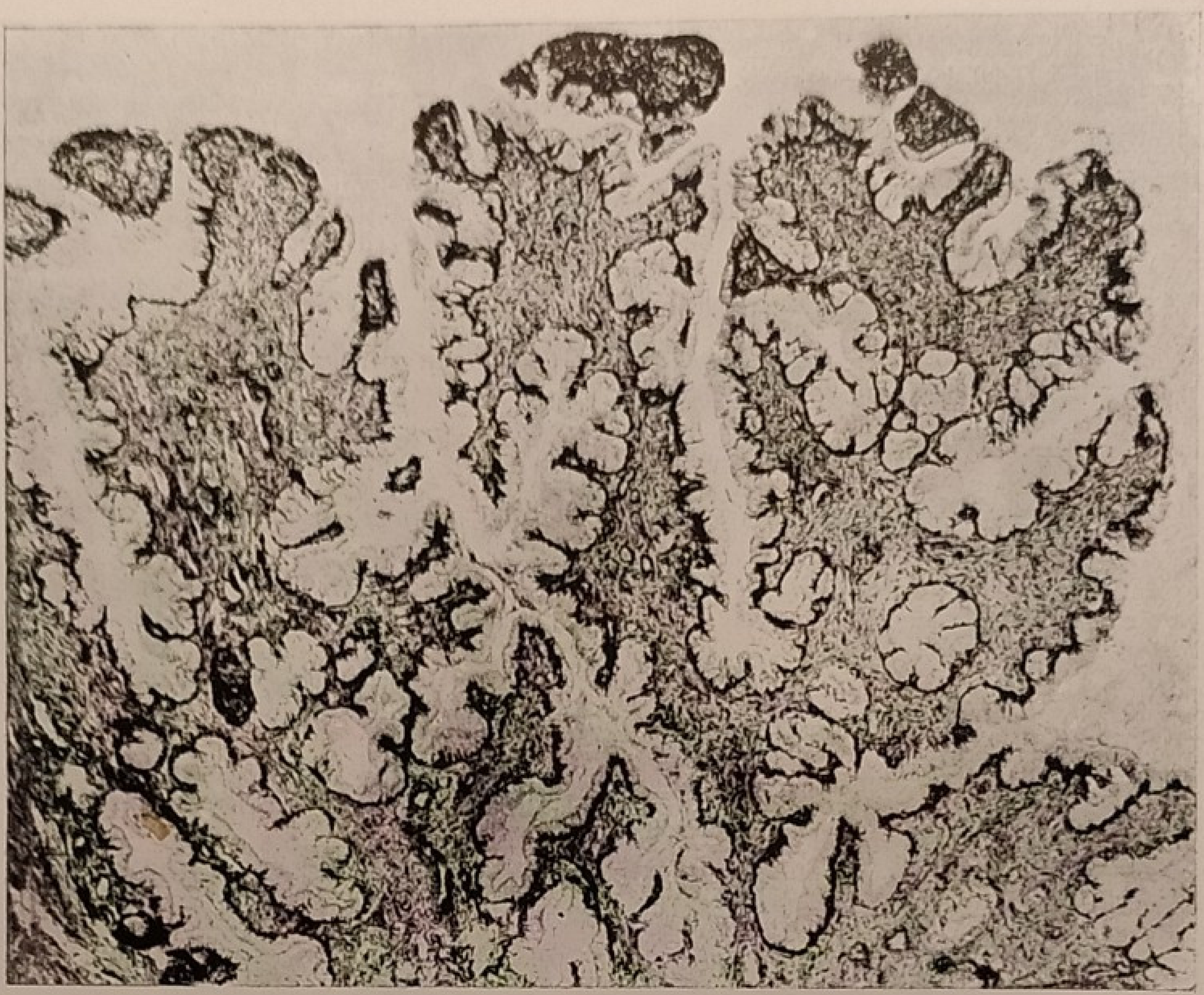


FIG. 155. – Polipo cervicale: evidente il carattere delle cellule cervicali, alte, con nuclei basali a palizzata; sinuosità delle ghiandole racemose (Microfot.). (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

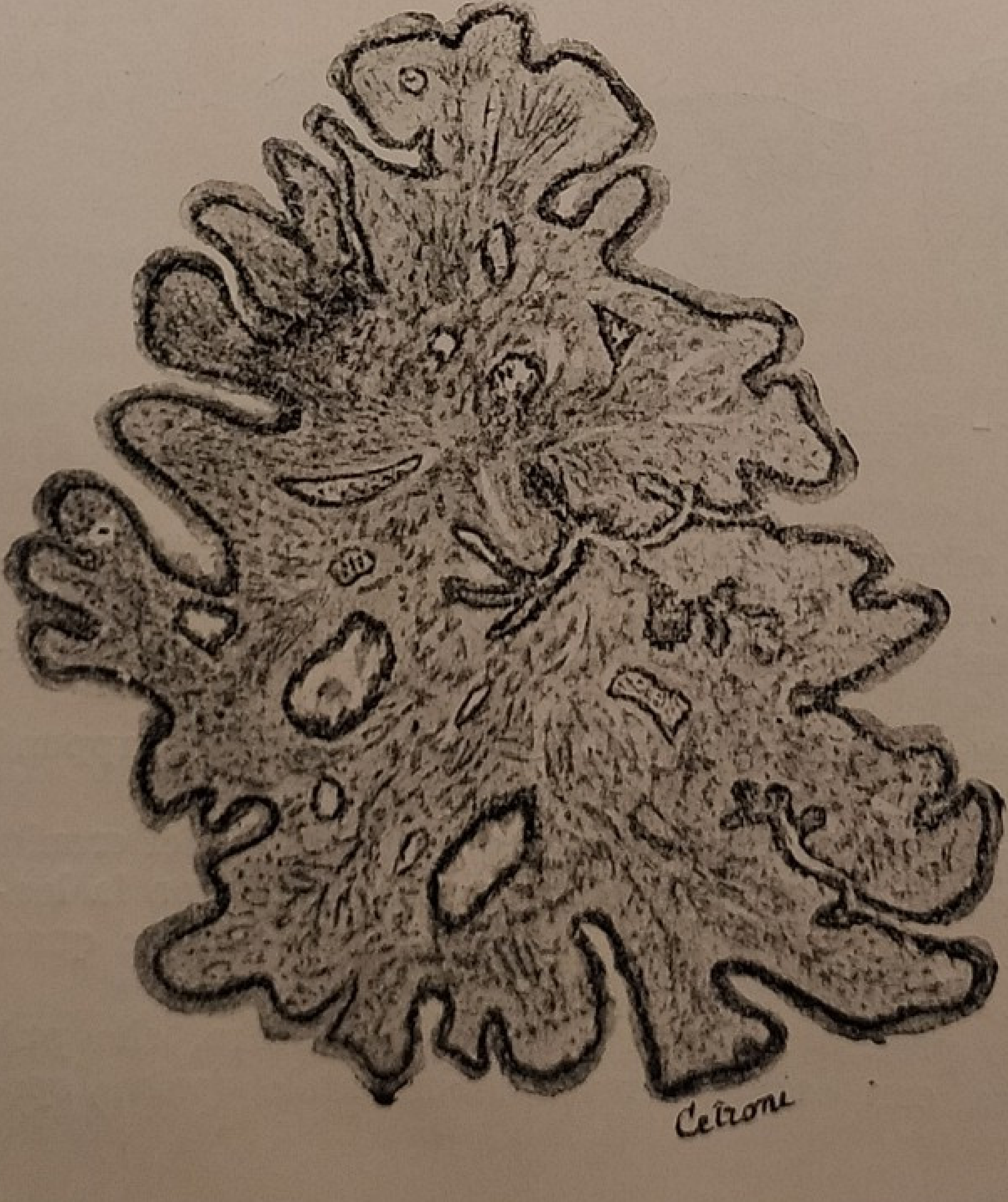


FIG. 156. – Polipo mucoso cervicale a piccolo ingrandimento; sezione trasversa: stroma centrale con ghiandole e vasi dilatali; tutto il contorno, sinuoso, rivestito da epitelio.

Cancro dell'utero.

Cancro del collo.

La localizzazione più frequente è nel collo dell'utero, più rara (10 %) nel corpo. Eccezionale prima dei 25 anni, poco frequente dai 25 ai 35, raggiunge il massimo di frequenza dopo i 40 anni; ma ce ne sono anche nella vecchiaia.

Il cancro del collo predilige le donne che hanno partorito, quello del corpo si ha più spesso in donne sterili, o comunque a distanza di anni dall'ultima fase gravidica. Fra le condizioni predisponenti sono ricordate le lacerazioni, le cerviciti, la lues.

La forma più frequente è il *cancro della porzione vaginale;* si presenta sotto forma vegetante talora, talora filtrante; le vegetazioni sono dure, friabili, sanguinanti, il colorito può variare a seconda dei fatti ulcerativi, necrotici, emorragici, settici, che possono svilupparsi; l'ulcera cancerosa si presenta con contorno netto, il fondo duro, sanguinante.

Nella fase iniziale può essere limitato ad un piccolo tratto del collo, ben presto però si diffonde e nelle fasi avanzate si ha la formazione di una vera caverna anfrattuosa, con parete dura, interessante parte maggiore o minore della vagina; a volte la forma vegetante è rigogliosa e forma delle vere masse a cavolfiore occupanti gran parte della vagina.

FIG. 158. – Cancro vegetante del labbro posteriore del collo uterino (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Dal lato istologico si tratta di epitelioma pavimentoso.

Cancro planocellulare, è spesso pure il *cancro del canale cervicale*, che può però anche essere un adeno-calcinoma. Localizzatosi ad un livello vario nel canale cervicale, ha tendenza ad infiltrarsi più che in altezza in senso trasversale invadendo precocemente il connettivo parametrale e gli organi vicini. Talora soltanto in questo stadio già avanzato il tumore fa capolino anche alla *portio*, sotto forma di ulcerazione neoplastica. Questo decorso spiega come il cancro cervicale sia diagnosticato solo in una fase tardiva non più suscettibile di utile intervento operativo.

I sintomi sono rappresentati da perdite sanguigne accidentali, sopratutto dopo sforzi o dopo traumi locali; la mestruazione può anche restare inalterata nelle fasi iniziali, ma in seguito predominano le perdite irregolari; si comprende quindi come il sintomo emorragico possa e debba richiamare l'attenzione precocemente nelle donne già in menopausa.

È facile la comparsa di perdite sierose–rossastre paragonate all'acqua lavatura di carne; la facile sovrapposizione di germi piogeni porta spesso a leucorrea purulenta; lo sfacelo necrotico del tumore porta a perdite sanniose fetide contenenti frustoli di tessuto.

Non tarda a manifestarsi un decadimento organico generale, dimagrimento, anemia, fino a che negli stati avanzati si arriva alla vera cachessia, inoltre compaiono dolori, a sede pelvica per lo più.

FIG. 159. – Cancro del canale cervicale; è già invaso il tessuto vescico-uterino, mentre la *portio* pare ancora sana (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Il dolore da prima accessuale, poi insistente, intollerabile, lancinante, *compare tardivamente* e segnala di solito la presenza di metastasi ghiandolari o la diffusione lungo i tronchi nervosi.

Nelle infiltrazioni neoplastiche che interessano il trigono vescicale si associano disturbi nella minzione, dolorosa, frequente, talora ematica.

Si può anche avere una incontinenza nelle fasi terminali, quando il cancro abbia perforato la parete vescicale.

All'esame obbiettivo, nelle forme avanzate la diagnosi è facile, tanto nella forma vegetante, quanto nella infiltrativa. Carattere fondamentale è la durezza superficiale e profonda, con la superficie scabrosa, il contorno netto, rigido. Nelle forme vegetanti la friabilità è presto documentata dal facile staccarsi dei frammenti durante l'esame vaginale; pure nella forma infiltrante una sonda penetra facilmente nel tessuto; il colore varia secondo lo stato settico; se questo prevale, pseudo membrane difteroidi grigio-giallognole coprono la ulcerazione o le vegetazioni; se esso manca il colorito è rossastro con soffusioni emorragiche.

Le forme iniziali riproducono ugualmente il carattere della durezza, della netta delimitazione, della facilità a sanguinare, del colorito rossastro; caratteri che possono differenziarle dalla semplice erosione, la quale è di un colore più chiaro, manca di un contorno definito alla palpazione, non è friabile, dà la sensazione di sofficità, sulla base di un tessuto normale, si dispone per lo più anularmente attorno all'orificio esterno, sanguina meno abbondantemente.

Tuttavia nei casi di epiteliomi veramente iniziali la diagnosi può essere posta *solo con la biopsia*, la quale ultima sarà anche necessaria per la differenziazione con le forme sifilitiche (1).

(1) Meglio una biopsia di più che perdere del tempo con medicazioni locali, o con cure antiluetiche, ecc.; solo diffondendone la pratica si arriverà a una diagnosi precoce del cancro.

Nelle forme avanzate troveremo anche i segni della infiltrazione neoplastica; essa interessa i fornici vaginali sopratutto i legamenti larghi e attraverso i linfatici invade le ghiandole della pelvi (iliache, lombari, sacrali). Il corpo dell'utero rimane di solito indenne. Nella vagina la infiltrazione dei fornici può diffondersi in basso; si possono anche avere diretti trapianti a distanza.

Con l'esame obbiettivo i segni dell'invasione extracervicale sono dati dalla fissità del collo dell'utero (non si riesce a stirarlo in basso con le trazioni), dall'indurimento della base del legamento largo, di solito più spiccato che dall'altro e che può arrivare fino alla parete pelvica, dalla mancanza del fornice vaginale.

Tali rilievi si possono controllare con l'esame rettale il quale permette di apprezzare meglio la infiltrazione lungo i legamenti uterosacrali e di percepire eventuali ghiandole linfatiche ingrossate.

Fig. 160. – Cancro del canale cervicale; infiltrazione diffusa fino all'orifizio interno; operazione dopo 2 mesi di radioterapia (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

L'esame cistoscopico rivela talora una lesione a cui si è data molta importanza, quella dell'edema bolloso, che si volle ritenere sinonimo di diffusione del cancro alla parete stessa vescicale, il che pare non sempre sia; ma resta però assodato che la presenza di un edema bolloso o diffuso deve fare prevedere particolari difficoltà nello scollamento dell'utero dalla vescica, quando il caso sia ancora reputato operabile.

Il decorso della malattia è vario secondo il tipo del tumore e secondo l'età; nell'età avanzata suole decorrere più a lungo, rapida è invece la evoluzione nelle donne giovani, sopratutto poi se vicino ad una fase puerperale. Dai primi segni denunziati alla fine, la durata della malattia oscilla dai 6 mesi ai 5 anni, con una media di un anno e mezzo.

Fra le complicazioni che si possono avere ricordiamo il piometra nei casi di infezione dell'endometrio con ostruzione dell'orificio uterino. Il piometra poi può complicarsi anche con un piosalpinge; nell'uno e nell'altro si hanno dolori e febbre.

Complicazione pure frequente è la compressione dell'uretere pelvico con distensione della porzione sovrastante, pielonefrite, idronefrosi; complicazioni urinarie che portano in definitiva ad uno stato uremico, una delle forme frequenti con cui muoiono le cancerose.

In altre, poche, l'episodio terminale può essere dato da emorragia profusa per ulcerazione di una grossa branca della uterina; altre volte si possono avere metastasi in organi vitali, embolie, peritoniti; ma

più spesso si ha un lento spegnersi per la progrediente cachessia, con fatti di sepsi, con dolori strazianti.

Uno dei quesiti che ci si deve porre spesso è quello della operabilità, sopratutto nei riguardi della terapia; fondamentale è il criterio della mobilità dell'utero, la quale manca quando l'infiltrazione neoplastica abbia già invaso i legamenti larghi. Dovremo anche ricercare se si siano metastasi a distanza; le stesse condizioni generali potranno guidarci; in generale poi la presenza dei dolori deve fare sospettare, se ancora non è documentabile, la infiltrazione del tumore a distanza.

Cancro del corpo.

Rappresenta circa il 10 per cento di tutti i cancri dell'utero, predilige le donne in età avanzata, dopo la menopausa, le nullipare o sempre, ad ogni modo, a molti anni di distanza dall'ultimo parto.

È frequente l'associazione col fibroma dell'utero.

Dal lato istologico è quasi sempre un adeno-carcinoma.

Macroscopicamente, si presenta per lo più in forma vegetante, endocavitario, talora limitato ad un piccolo tratto della parete uterina,

FIG. 161. – Cancro vegetante del corpo; il miometrio è ancora rispettato (*Clinica Ost. Gin. di Roma*, da MARINO).

talora diffuso su larga superficie; nelle forme avanzate è interessato il miometro in maggiore o minore profondità, finanche a raggiungere la sierosa (ricordarsene nei raschiamenti a scopo diagnostico, per il pericolo di perforazione). Può diffondersi per via linfatica alle ghiandole iliache, alle trombe, all'ovaia; non interessa quasi mai il collo; nelle fasi avanzate sono invece frequenti le metastasi vaginali.

Frequente la associazione con tumori maligni dell'ovaio; talora il focolaio uterino è una metastasi del tumore primitivo ovarico; comunque

FIG. 162. – Cancro del corpo, che ha ormai occupato tutta la cavità e infiltrato il miometrio (*Clinica Ost. Gin. di Roma*, da MARINO).

la coincidenza deve far sempre procedere alla annessiectomia sistematica, complementare della isterectomia; come d'altra parte le emorragie

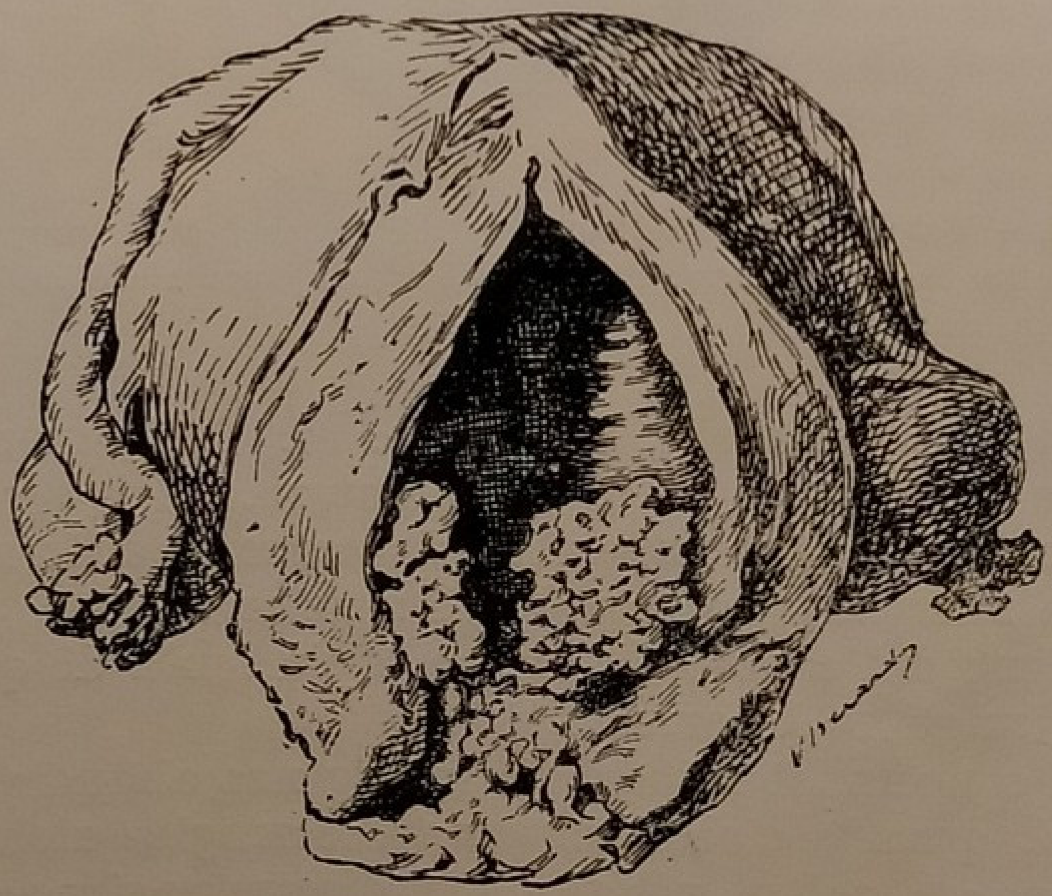


FIG. 163. – Cancro della parte bassa del corpo uterino; cavità soprastante distesa per piometra (*Clinica Ost. Gin. di Roma*, da MARINO).

atipiche sostenute da forme epiteliali dell'utero possono talora indirizzare a riconoscere o a stabilire come maligni dei tumori ovarici.

Facile la complicazione col piometra.

I sintomi sono dati da leucorrea e da emorragie, che richiamano presto l'attenzione quando sopravvengono dopo la menopausa.

La leucorrea è talora mucosa filante, quando derivi da una ipersecrezione dell'elemento ghiandolare ipertrofico, come può avvenire nelle prime fasi. Le perdite di sangue sono irregolari, per lo più insistenti, variamente profuse, spesso sierose. *I dolori, come nel cancro del collo, sono fra le manifestazioni più tardive*; se non siano sostenuti da affe-

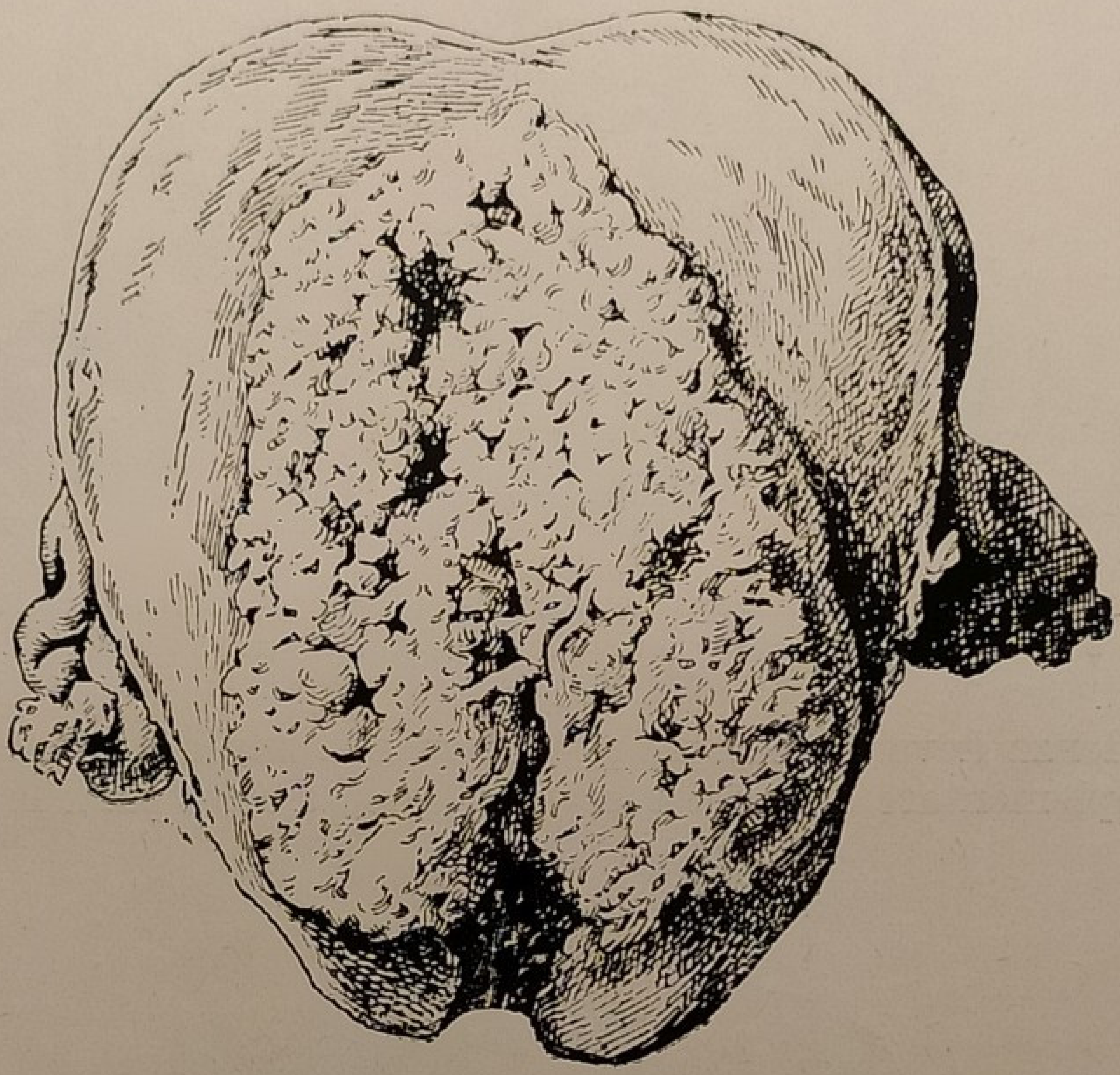


FIG. 164. – Voluminoso adenocarcinoma dell'utero, che occupava distendendola tutta la cavità e protrudeva dal canale cervicale (*Clinica Ost. Gin. di Roma*, da MARINO).

zioni concomitanti (annessiti, fibromi p. es.) essi stanno a segnalare una diffusione del tumore al di là dell'utero.

Sintomi analoghi sono presentati dal sarcoma della mucosa uterina e solo l'esame microscopico lo può differenziare.

L'evoluzione del cancro del corpo è più lenta di quella del collo e ne è anche migliore la curabilità.

A questo concorre il fatto della insorgenza abituale tardiva, dopo la menopausa, quando cioè il sintoma emorragico richiama più presto l'attenzione; è inoltre più tarda la disseminazione a distanza dal focolaio primario.

All'esame obbiettivo il collo è sano, il corpo è aumentato di volume, per quanto ci siano anche casi di uteri che restano di volume pressochè normale, o addirittura conservino il carattere atrofico della menopausa avanzata.

Segno di una certa importanza è il trovare beante il canale cervicale, dopo la menopausa, mentre di solito in questo periodo suol essere impervio o quasi.

La diagnosi differenziale va posta con la endometrite senile, con i fibromi sottomucosi, con il piometra, coi polipi, con residui ovulari o il corioepitelioma. Nei casi dubbi soccorre il raschiamento diagnostico.

Sulla tecnica di questo, sulla necessità di completarlo con un competente esame microscopico, si è a lungo detto a pag. 65.

Il piometra semplice è svelato dalla consistenza, dal sondaggio della cavità, al quale segue la fuoriuscita a getto di pus; ma bisogna ricordare che il reperto di un piometra non basta ad escludere il tumore.

FIG. 165. – Cancro villoso del corpo: la neoplasia è circoscritta a un piccolo tratto (da MARINO)

La endometrite senile semplice può essere sospettata quando si associ ai segni della vaginite senile, ma viene dimostrata solo col raschiamento dell'utero.

I fibromi sottomucosi si possono sospettare dalla storia di pregresse menorragie, seguite da metrorragie irregolari, dalla consistenza dura, dalla ineguaglianza dell'utero, dalla coincidente presenza di altri nodi fibrosi; la certezza della loro presenza si può avere col sondaggio della cavità, quando si senta questa occupata dal rilievo; meglio, quando si abbia una certa dilatazione del canale cervicale in modo da passare addirittura il dito, il che spesso succede, proprio nei casi in cui la diagnosi differenziale può venire richiesta, e che sono quelli in cui si è avuto o è iniziato uno sfacelo necrotico di parte del tumore, donde perdite icorose, sospette: questo evento si accompagna di solito a una certa pervietà del collo. Bisogna ricordare poi, che, a necrosi avanzata, il dito può asportare frammenti di tessuto, e questo reperto, leggermente

FIG. 166. – Cancro dell'utero: forma infiltrante; all'estremo superiore traccia di una perforazione traumatica; il neoplasma arriva alla sierosa (da PESTALOZZA).

interpretato, potrebbe portare a una diagnosi di malignità, non corrispondente al vero. Lo stesso esame microscopico potrebbe lasciare incerti, perchè in tali frammenti o tutto è necrotico o c'è una prevalente infiltrazione flogistica, che turba il quadro istologico.

Nelle forme polipose semplici dell'endometrio, che pure possono essere causa di metrorragie irregolari, la diagnosi differenziale clinica

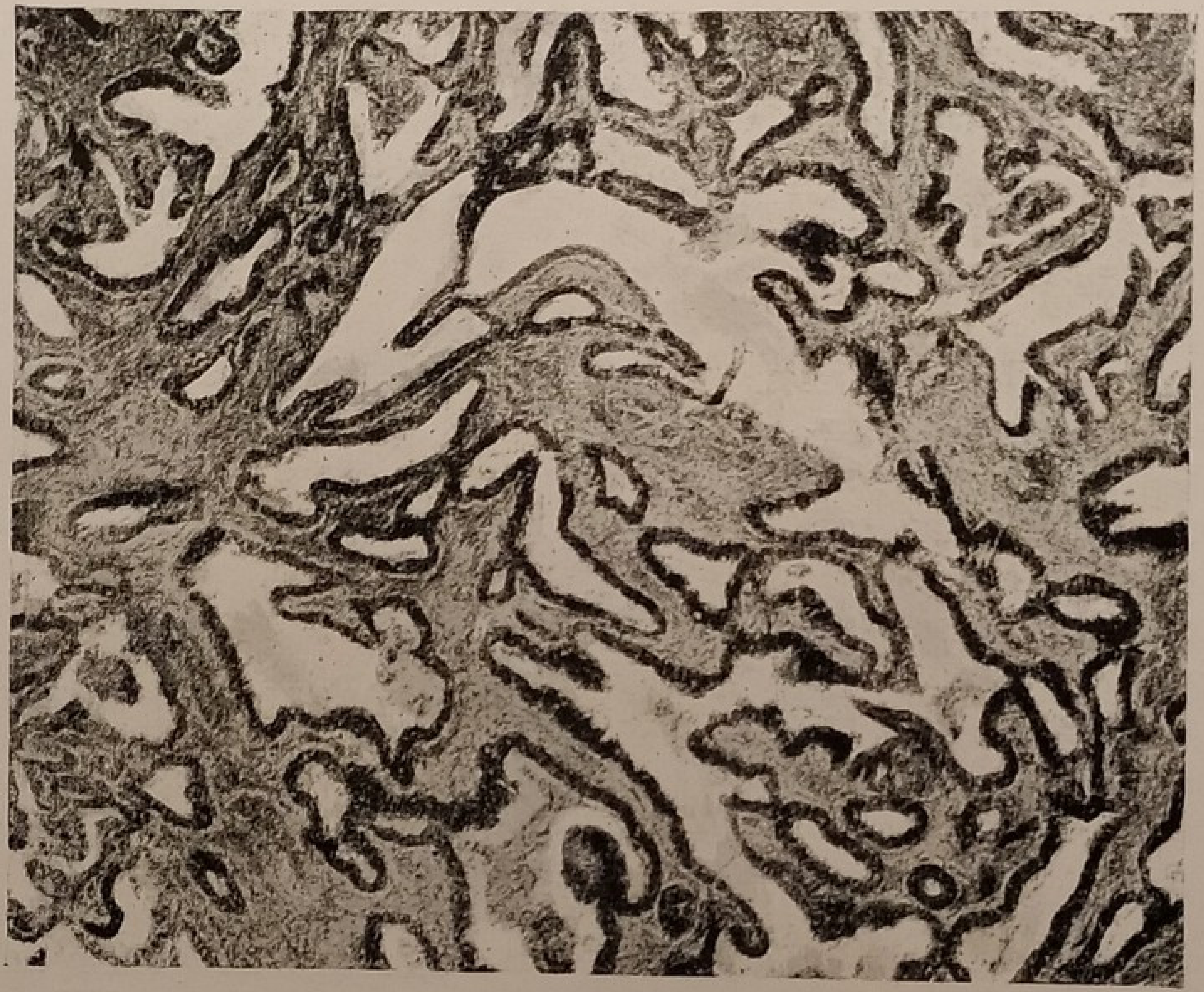


FIG. 167. – Adenocarcinoma dell'endometrio.

è data dalla età, dalla nozione di parti pregressi recenti, dal raschiamento endouterino che in questo caso diventa anche curativo.

L'interpretazione dei preparati microscopici può lasciare dei dubbi in certe forme adenomatose; quando mancano le note del cancro (stratificazioni multiple, zaffi pieni, cariocinesiatipiche, invasione dello stroma, ecc.); a volte ci si deve rimettere al decorso successivo, sorvegliando la donna per vedere se le mestruazioni riprendono il loro ritmo regolare o no.

La storia di un vicino parto precedente può pure essere invocata; in parecchi casi personali direi di avere proprio su essa appoggiato il mio « ottimismo istologico » per escludere una forma di adenocarcinoma, da altri sospettata. Bisogna però stare in guardia, per non portare troppo oltre tale criterio direttivo; se è vero che è assolutamente eccezionale un cancro del corpo, potremmo però avere un sarcoma anche a poca distanza da un parto o un aborto; nè va dimenticata la possibilità di un corioepitelioma. In casi dubbi quindi bisogna sempre appoggiarsi al raschiamento diagnostico.

Ripetiamo infine ancora una volta per il medico pratico che l'importante è *pensarci*, di fronte ad una sintomatologia sospetta, e non tranquillizzarsi solo perchè si trova sana la *portio* vaginale: il cancro può esserci lo stesso, o nel canale cervicale o nel corpo.

Sarcoma dell'utero.

Fra i tumori maligni dell'utero, dobbiamo ancora ricordare il sarcoma.

Il *sarcoma dell'utero* può interessare il corpo o il collo; in quello la mucosa o il miometrio o entrambi.

Nella forma più frequente, del resto sempre abbastanza rara se corrisponde a circa un 2 % di tutti i fibromi, esso si presenta sotto forma di un tumore voluminoso, che simula il fibroma nelle apparenze

Fig. 168. – Utero aperto; si vede la faccia anteriore liscia, mentre nel resto la mucosa è vegetante; nella metà sinistra infiltrazione diffusa del miometrio. (Sarcoma dell'utero, *Clinica Ost. Gin. di Bari*).

esterne; talora ad esso si associa, formandone il nucleo centrale. Alla sezione si differenzia macroscopicamente perchè manca del fibroma la struttura trabecolare, e c'è invece spesso un aspetto lardaceo; talora alla pressione geme del succo biancastro lattiginoso. Nei casi avanzati manca il limite netto dal miometrio, che è invaso talora fino agli strati superficiali; a volte si associa la localizzazione miometrale con quella mucosa, dove per lo più assume un aspetto poliposo, a grappolo, con nodi multipli, quasi variopinti per l'alternarsi di zone con infiltrazione sanguigna, con zone grigiastre lardacee e zone giallognole; l'aspetto è così ben diverso dai comuni polipi mucosi dell'endometrio, e dallo stesso adenocarcinoma del corpo, più uniforme, meno poliposo, più friabile; il sarcoma della mucosa può essere circoscritto a parte soltanto del-

l'endometrio, restandone rispettato e normale un tratto anche esteso; ma anche in codesto caso raggiunge di solito presto volume notevole.

L'esame microscopico rivelerà la struttura o parvirotondo cellulare o fusocellulare o giganto-cellulare; talora si tratta di leiosarcomi. I casi di cosidetti fibrosarcomi sono fra i più difficili da riconoscere oltre che clinicamente anche anatomicamente: a volte rappresentano una sorpresa sgradita del chirurgo, che si vede ripresentare una malata, che egli credeva di avere definitivamente guarita da un fibroma ed ha invece delle metastasi sul moncone uterino o a distanza. Si tratta per lo più di casi in cui non si è fatta molta attenzione al pezzo anatomico; spesso ricercandolo si trova chiara la natura del tumore, che era sfuggita solo perchè l'esame microscopico non era stato fatto; ma altre volte anche dopo, si vede che il quadro istologico poteva restare dubbio.

Fig. 169. – Sarcoma racemoso del collo (da Rein)

La sintomatologia si identifica con quella dei fibromi o dei cancri secondo che si tratti di tumori del miometrio o della mucosa.

Nella diagnosi differenziale col fibroma può pure avere peso il fatto di un tumore che vada crescendo proprio dopo la menopausa, quando i fibromi di solito regrediscono.

Differenze cliniche sono circa all'età colpita, che nei sarcomi è molto varia, dalla infanzia alla più tarda vecchiaia. È inoltre rapido il decorso, facile la cachessia, frequente la comparsa di metastasi in vagina, nel legamento largo o in organi lontani.

Tumori dell'ovaio e del parovaio.

L'ovaio è sede della maggior varietà di tumori, benigni e maligni, epiteliali e connettivali, cistici e solidi, primitivi e secondari.

Una categoria a parte è data da tumefazioni ovariche, più che da veri tumori: le cosidette *cisti da ritenzione*.

Una forma frequente, ma distinta per lo più da tale categoria e messa invece nel capitolo delle flogosi croniche, è quella che interessa gran numero di follicoli contemporaneamente, determinando un aumento dell'ovaio in toto, maggiore o minore secondo i casi; è caratterizzato dalla albuginea spessa, oltre che dai rilievi superficiali dei molteplici follicoli cistici. Si suole parlare di *ovarite sclerocistica* o di ovaie microcistiche o policistiche; sono forme alle quali nei tempi andati si era attribuita una maggiore dignità patogenetica di quanto non si faccia ora, in cui si pensa che buona parte della sintomatologia locale e generale presente nelle donne in cui troviamo, o all'esame o all'intervento operativo, di tali lesioni ovariche, siano invece da riportarsi a fatti costituzionali disendocrini polighiandolari su un substrato neuropatico

invece che alla semplice lesione ovarica. Per questo non ci si accanisce più oggi nel demolire o nel resecare tali ovaie, se non siano concomitanti lesioni flogistiche reali che spieghino le eventuali sofferenze.

Una speciale varietà di cisti multiple follicolari da ritenzione si osserva in coincidenza con la mola vescicolare e con il corio-epitelioma.

Appaiono in circa il 50 % dei casi; per lo più si rendono manifeste dopo la espulsione della mola, sia perchè tendano a crescere allora, sia perchè la progressiva riduzione dell'utero permette di rilevare meglio le particolarità degli annessi. Il volume può essere anche notevole, superiore ad un pugno ed in pochi casi anche ad una testa fetale; sulla superficie di taglio la parete delle cavità appare spesso di un colorito giallognolo, il che fece erroneamente pensare a derivazione da corpi lutei; si tratta invece di un processo di atresia dei follicoli, con proliferazione spesso intensa della teca interna che assume appunto tale colorito caratteristico; ma un esame accurato, fatto in condizioni di tempo opportune, ossia quando la mola vescicolare non sia ancora stata espulsa o lo sia stata da poco, fa rintracciare un regolare corpo luteo gravidico.

Importante è la conoscenza che tali lesioni non hanno alcun carattere di malignità; dopo un periodo di accrescimento, a volte notevole, si assiste alla regressione spontanea, sicchè non ne deriva alcun bisogno di intervento operativo. Dal lato anatomico la caratteristica è data dalla molteplicità dei follicoli atresici, dal volume inconsueto che raggiungono, dalla iperplasia della teca interna fino alla colorazione subluteinica.

L'apparenza dei veri e propri tumori possono assumere delle semplici cisti di ritenzione uniche, sia del follicolo, che del corpo luteo. La differenza, si intende, è data dal carattere della parete; liscia, sottile, regolare nel follicolo atresico; è spessa, gialla, se la ritenzione si è svolta entro a un corpo luteo. Bisogna nell'esame anatomico saper differenziare la colorazione luteinica diffusa, per quanto non uniforme, dalla possibile trasparenza di un corpo luteo vicino, che, per la compressione della parete contigua del follicolo abnorne, sia stato deformato, laminato.

Dal lato clinico non c'è possibilità di diagnosi differenziale fra le due forme. Si potrebbe dire solo che le dimensioni restano più limitate nelle cisti luteiniche che non in quelle follicolari.

La diagnosi obiettiva della massa sferoidale cistica, mobile, accanto all'utero e da esso indipendente, è facile; il difficile è pensare alla forma da ritenzione per non scambiarla con un vero e proprio tumore.

Dai dermoidi, che di solito hanno, almeno all'inizio, dimensioni non superiori, si riconoscono per la parete più sottile, per la chiara consistenza cistica a differenza della compattezza maggiore del dermoide anche se non si percepiscano formazioni ossee e anche se manchi il segno della anteposizione all'utero. Meno facile il distinguere un cistoma iniziale dell'ovaio; a volte solo l'esame in tempi diversi può indirizzare correttamente seguendo la evoluzione del volume.

Un criterio clinico utile è di ricordare che la associazione di cisti luteiniche si ha spesso con fatti gravidici interrottisi ad epoca abortiva, sia che si tratti di aborti uterini che extrauterini.

È anzi questa coincidenza che sta a base di un errore diagnostico frequente. Ne ricordo uno tipico. In una donna, ricoverata alla clinica di Roma, la presenza di una massa cistica accanto all'utero aumentato di volume, molle, la notizia anamnestica che c'era stato un ritardo nella mestruazione seguìto poi da una perdita di sangue insistente modica, aveva fatto pensare alla esistenza di una cisterella ovarica complicante una gravidanza con minaccia di aborto. La laparotomia ci fece incontrare con una cisti luteinica semplice; l'utero era bensì grosso, ma meno di quanto doveva per la amenorrea; pochi giorni dopo avvenne spontanea la espulsione di un uovo vecchio; era un aborto interno, delle prime settimane, e la degenerazione cistica del corpo luteo era da mettersi in rapporto causale con esso. Anche senza l'intervento essa sarebbe andata incontro ad una regressione rapida.

FIG. 170. – Grossa cisti follicolare (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Un altro tipo di errore diagnostico si ha quando si pensi ad una gravidanza extrauterina. Una donna che si presume gravida e che ha delle crisi dolorose localizzate ad uno dei quadranti inferiori dell'addome, che perde sangue da più giorni dopo una amenorrea e nella quale si palpa una tumefazione accanto all'utero, netta, ma però non bene precisabile data la resistenza d'una parete addominale spessa, può portarci a pensare ad una gravidanza tubarica, tanto più che insorto tale sospetto noi non approfondiamo tanto l'esame diretto ginecologico per la tema di far del danno, provocando rotture di aderenze o della tromba stessa.

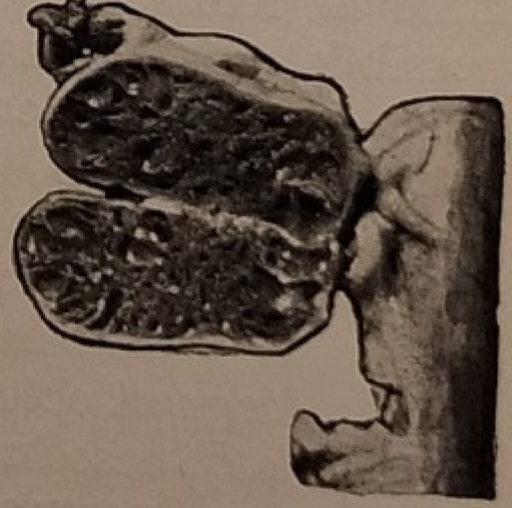


FIG. 171. – Ovaio cistico in una neonata.

Fasi gravidiche recenti, abortive, devono dunque farci cauti prima di passare ad interventi operativi per presunti tumori ovarici, quando si può trattare di semplici ritenzioni. Già si è detto della importanza clinica analoga che ha la conoscenza di un precedente molare. Del resto talora interveniamo, indipendentemente dalla natura, per le complicazioni a cui possono andare in-

contro anche tali cisti, sopratutto se si abbia la torsione del peduncolo con la successione della stasi e della emorragia endocistica. Un evento non raro è la rottura della cisti sotto le manovre dell'esame: a volte questo rappresenta la cura involontaria; se non seguano fatti irritativi o emorragici, non c'è nulla da fare.

Una varietà speciale di piccole cisti ovariche, spesso multiple, va ancora ricordata; si tratta di formazioni a contenuto ematico, per lo più con sangue vecchio, color cioccolatto, che vanno distinte dai semplici ematomi dell'ovaio, quali si possono vedere in certi follicoli o a sede nel corpo luteo; la differenziazione è data istologicamente per la presenza di un rivestimento, che ha tutti i caratteri della mucosa uterina: sono i cosidetti « endometriomi ».

Sono causa di dolore a sede ovarica, coincidente con la mestruazione se la raccolta ematica raggiunge un certo volume. Interessanti dal lato anatomico non sono diagnosticabili clinicamente.

Circa agli ematomi semplici dell'ovaio, essi non raggiungono di solito dimensioni rilevanti; possono essere causa di dolore per lo più intermestruo; in certi casi sono punto di partenza di emorragie libere addominali, che possono far pensare a una gravidanza extrauterina; sono reperti operatori di solito non clinicamente diagnosticabili.

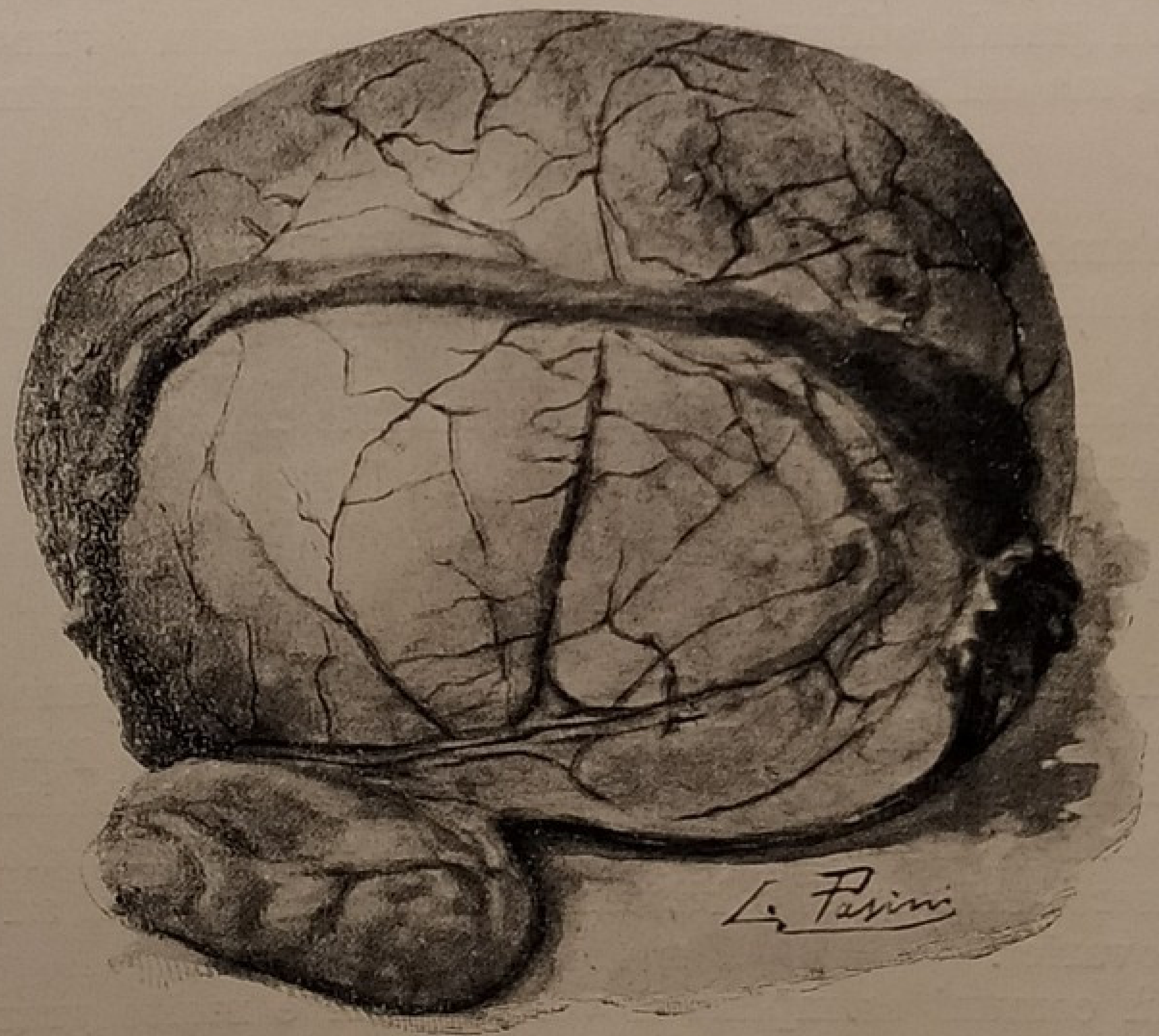


FIG. 172. – Cisti del parovaio; la tromba abbraccia gran parte della cisti; evidente la doppia circolazione, del tumore e del peritoneo (da FOSSATI).

Al tipo delle cisti da ritenzione appartengono in genere i tumori derivanti dai residui embrionali del legamento largo: parovaio e paraooforo.

Piccole distensioni cistiche di elementi del parovaio sono reperto frequente operatorio, nel corso di interventi per altre lesioni flogistiche o neoplastiche. Ma spesso assumono dignità patologica a sè.

Possono raggiungere dimensioni anche cospicue; hanno sempre parete esile con fluttuazione manifesta, anche perchè di solito la tensione non è grande; i tumori di piccole e medie dimensioni possono essere mobili e vanno pure incontro alla possibilità di una torsione del peduncolo; i tumori più grossi possono dispiegare profondamente le pagine del legamento largo corrispondente fino ad approfondirsi nella pelvi, spostando in alto e di lato l'utero e arrivando fino alla compressione dell'uretere e dei vasi pelvici.

La tromba viene talora notevolmente stirata lungo la parete della cisti, che sembra abbracciare.

A ventre aperto si riconoscono subito per la sede e per essere provvisti di un rivestimento peritoneale, sicchè appaiono due distinte circolazioni.

Il contenuto è di solito limpido, acquoso, quasi acqua di roccia, a differenza del contenuto più denso dei cistomi ovarici; la parete presenta un epitelio cilindrico spesso con ciglia vibratili, ed è di solito liscia.

I sintomi sono in relazione col volume o con le possibili complicazioni, analoghe a quelle comuni ai tumori ovarici (ossia alla torsione, alla rottura, alla infezione). Raro è che si abbia una trasformazione maligna.

Nelle forme pelviche la diagnosi è fattibile; meno nelle forme che risalgono nel grande addome; allora la confusione con i tumori ovarici è frequente, ma del resto non dannosa se la terapia è ugualmente operativa.

E passiamo ora ai tumori, veri e propri dell'ovaio.

Inutile indugiarsi in classificazioni, che sono tutte del resto incomplete.

Elenchiamo qui le forme più comuni dal lato clinico, e più importanti anatomicamente.

I dermoidi dell'ovaio.

Ricondotti abitualmente circa la patogenesi ad uno sviluppo partenogenetico dell'uovo, rappresentano circa il 10 per cento di tutti i tumori dell'ovaio; si trovano in tutte le età (anche in bambine, come in vecchie), ma per lo più sono riconosciuti nella età feconda. Possono essere unilaterali o bilaterali, isolati o associati ad altri tipi di tumori ovarici.

Nei più comuni esemplari il volume non è molto grande, resta inferiore a quello di una testa di feto; sono tondeggianti, hanno parete spessa; talora sono avvertibili già all'esame genitale delle parti dure, ossee; con frequenza hanno sede al davanti dell'utero. Nel contenuto caratteristica costante è la presenza di grasso (fluido alla temperatura del corpo, rapprendentesi presto dopo la asportazione del tumore; la presenza di gran copia del grasso spiega come i dermoidi messi nell'acqua galleggiano) e la presenza di peli; questi, per lo più biondi, talora sono pochi, talora moltissimi: si racconta di vere trecce di quasi

un metro; nella parete si trovano i caratteri della cute con i suoi derivati. Frequente la presenza di denti, perfino della prima dentizione; in certi casi si arriva a produzione di ossa riconoscibili per la forma (scapola, mascellare p. es.) (il che va ricordato per la diagnosi radiologica). In alcuni casi si trovarono nell'interno tante sfere di varie dimensioni che risultano di grassi amorfi concentricamente stratificati.

FIG. 173. – Dermoide; il grasso rappreso in forme sferoidali (da CROSSEN).

La evoluzione del dermoide è lenta e questo può essere un carattere differenziale con i tumori dell'ovaio a tipo maligno.

Si è anche proposto il nome di *embriomi* per questi tumori, e si parla di *embriomi cistici e solidi*. I primi sono i *dermoidi*; i secondi i *teratomi* della classificazione più seguita. Si parla anche di *teratomi adulti* o *embrionali*.

Le dimensioni relativamente piccole dei dermoidi, la sede pelvica che quindi hanno spesso, l'età di comparsa fanno sì che si trovino con una discreta frequenza contemporaneamente ad una gravidanza e che possano rappresentare una difficoltà al parto.

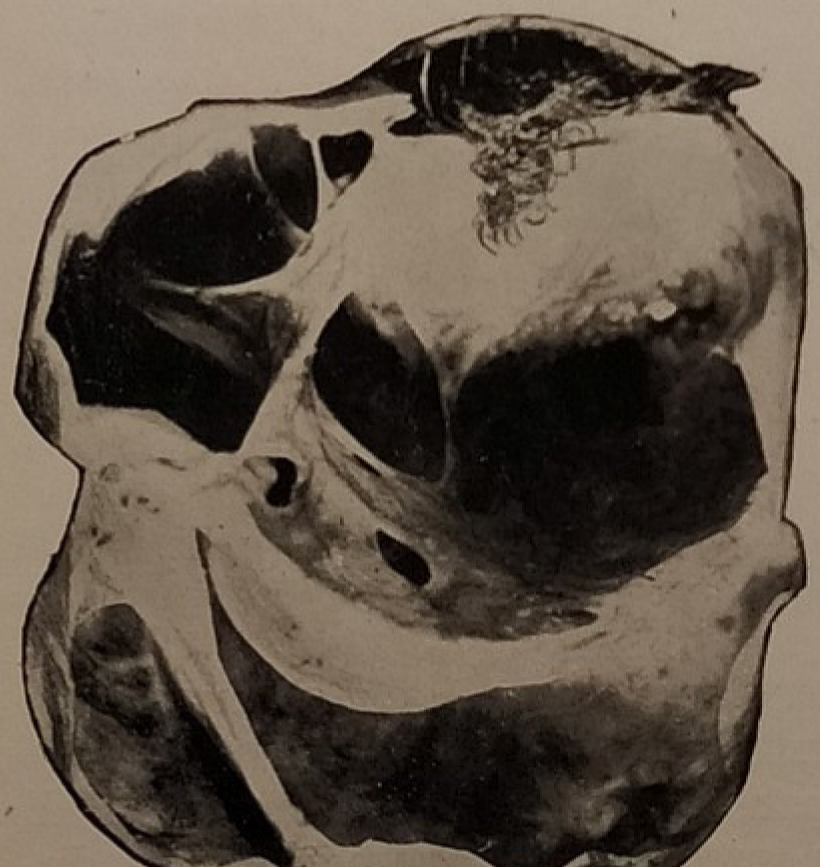


FIG. 174. – Cistoma ghiandolare con dermoide associata (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Il dermoide può essere punto di partenza di tumori maligni sia epiteliali sia connettivali.

Un posto a sè spetta agli *embriomi solidi*, o teratomi o tridermomi, in quanto vi sono rappresentati derivati dei tre foglietti. Possono assumere un andamento rapidamente progressivo e derivarne delle metastasi a distanza per lo più di natura sarcomatosa; compaiono in giovane età e portano spesso ad amenorrea.

In un caso, osservato nella clinica di Bari, tale amenorrea seguìta dopo due sole mestruazioni in una giovane di 14 anni, aveva fatto sospettare che si trattasse di una gravidanza, dato che contemporaneamente alla mancanza mestruale si andava accrescendo notevolmente il volume del ventre. La povera giovane venne tenuta in casa di una levatrice per occultare la sua presunta colpa e quando finalmente venne a noi con scadimento notevole generale, ascite cospicua, l'intervento si rese vano, dato che esi-

stevano già disseminazioni diffuse peritoneali e nell'omento (sarcomatose, come dimostrò l'esame microscopico). L'enorme tumore asportato presentava rappresentanti di tutti i tessuti ed organi, alcuni bene riconoscibili, altri atipici; c'erano delle ossa e una scapola, superficiale, era forse stata causa del perseverare nell'errore diagnostico anche da parte di medici, perchè col palleggiamento dovuto all'ascite era stata interpretata come una piccola parte fetale.

Una varietà speciale di teratoma è quella che va col nome di *struma ovarico*, in cui il neoplasma è costituito da tessuto tiroideo.

Cistomi ghiandolari o cistoadenomi.

Sono il gruppo maggiore dei tumori dell'ovaio; quasi sempre fatti da multiple concamerazioni: alcune prendono la prevalenza in modo

FIG. 175. – Cistoma ghiandolare. (Le varie concamerazioni contenevano oltre 10 litri di liquido colloide, *Clinica Ost. Gin. di Bari*).

da aversi la più grande varietà nelle dimensioni; il conglomerato di cisti è avvolto in un involucro comune, che solo di raro manca (nelle rare forme di cistomi racemosi); la parete delle cavità è rivestita di un epitelio cilindrico semplice secernente, con infossamenti ghiandolari; il contenuto è per lo più gelatinoso o colloide; per la presenza di pseudomucina sono detti anche cistomi pseudomucinosi.

I cistomi ghiandolari raggiungono talora dimensioni cospicue, sono unilaterali, possono raggiungere la capacità di decine di litri. Lasciati a sè possono infatti crescere indefinitamente; alcuni sono punto di partenza di un carcinoma.

Nei cistomi molto voluminosi lo stato generale decade oltre che per i fatti di compressione, anche per la enorme produzione di sostanze albuminoidi che sono sottratte all'organismo; si arriva ad una specie di prosciugamento di tessuti.

Cistomi sierosi.

Un gruppo di tumori cistici dell'ovaio, che possono pure assumere dimensioni cospicue, è caratterizzato da un contenuto più fluido, sie-

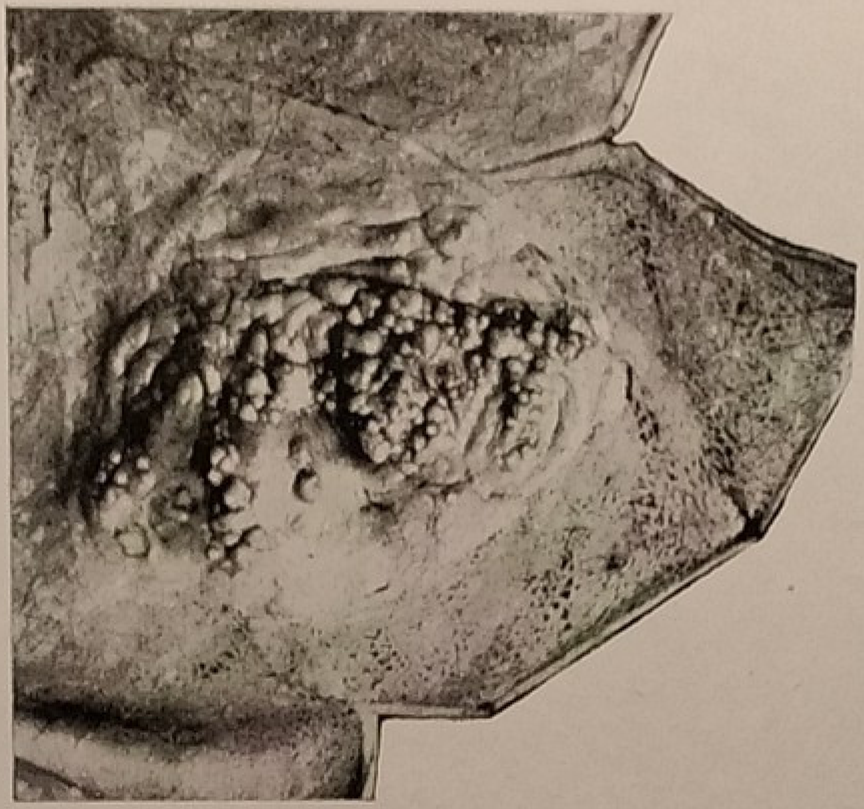


FIG. 176. – Cistoma sieroso.

roso; di solito coesistono vegetazioni papillari in tratti circoscritti della parete, nella superficie interna: sono rilievi in cui uno stroma connettivale è rivestito da un epitelio cubico o cilindrico basso a unico strato.

Papillomi dell'ovaio.

A volte nella parete cistica le proliferazioni papillari acquistano uno sviluppo esuberante, riunendosi a gruppi, a tipo di cavolfiore.

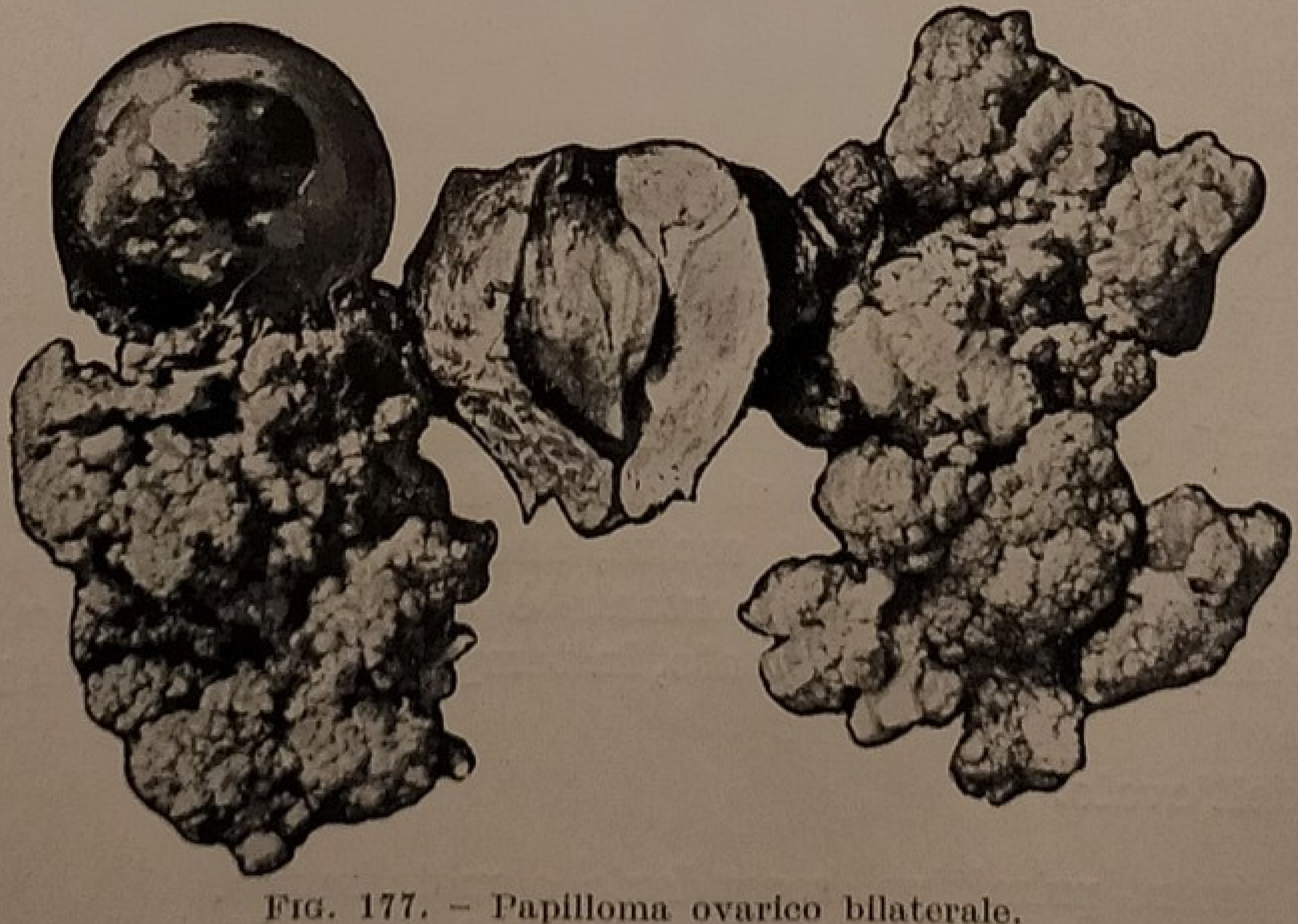


FIG. 177. – Papilloma ovarico bilaterale.

In questi cistomi papillari possono le papille usurare la parete e disseminarsi rigogliosamente e disordinatamente sulla superficie esterna;

talora è questa proliferazione papillare tumultuosa esterna il fatto primario: si ha allora il vero papilloma, da taluno anche detto papilloma infettante per la grande facilità delle disseminazioni neoplastiche

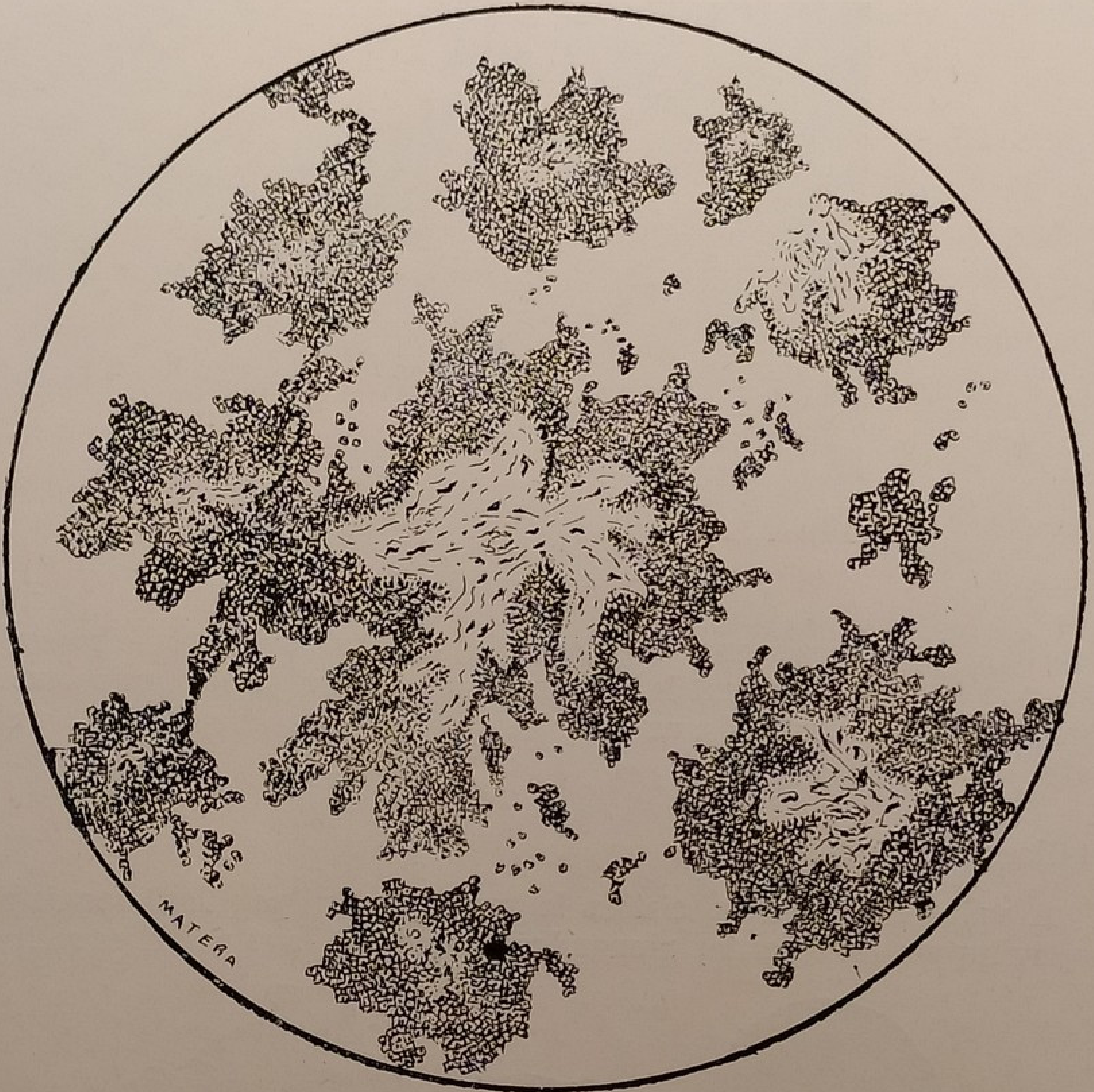


FIG. 178. – Papilloma dell'ovaio a piccolo ingrandimento: enorme disordinata proliferazione epiteliale su uno stroma esile (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

da trapianto (peritoneo, visceri addominali tutti). Questi tumori non raggiungono mai le dimensioni enormi dei cistomi; sono accompagnati quasi costantemente da ascite, anche voluminosa; sono sempre bilaterali. Un fatto clinico importante è la possibilità di regressione di metastasi, quando sia asportato, in tempo utile, il focolaio primario.

Cancro dell'ovaio.

Può essere primitivo, secondario o metastatico.

Il cancro dell'ovaio metastatico si può avere in tumori del corpo dell'utero oppure in cancri dello stomaco; un cancro secondario può aversi per degenerazione di un cistoma ghiandolare o papillare o di

un embrioma; il cancro primitivo parte sia dall'epitelio germinativo che da quello follicolare (follicoloma).

Il cancro ovarico è bilaterale quasi sempre; determina un ingrossamento diffuso dell'ovaio con volume vario, da caso a caso, anche

FIG. 179. – Adenocarcinoma dell'ovaio (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

secondo lo stadio; la consistenza è per lo più solida; ma ci sono anche dei cancri molli (tipo midollare). Di solito non superano il volume di un pugno.

Si può avere in tutte le età, per lo più verso i 40 anni; coesiste ascite, si producono precocemente disseminazioni nel peritoneo e sui visceri in esso contenuti; si aggiungono per lo più amenorrea, precoce stato cachettico e fatti dolorosi; infiltrazioni neoplastiche sono facili e precoci anche nel legamento largo, nel parametrio. La malignità è di solito grande, le recidive anche operatorie quasi costanti.

Fibroma e sarcoma dell'ovaio.

L'ovaio può essere sede di tumori connettivali, di raro sotto forma di encondroma, osteoma, mixoma, più spesso come fibroma o sarcoma.

FIG. 180. – Sarcoma dell'ovaio (Kg. 4) (*Clinica Ost. Gin. di Siena*).

Il *fibroma* è di solito unilaterale, può interessare tutto o solo parte dell'ovaio. È facile, nella diagnosi, l'equivoco con i fibromi sottosierosi;

è frequente l'ascite, pur trattandosi di un tumore benigno; può raggiungere anche dimensioni cospicue.

Più raro è il *sarcoma*, osservato specialmente nelle giovani; può crescere rapidamente, acquistare volume notevole e dare presto metastasi. È piuttosto molle, ben circoscritto.

La presenza di ascite, la bilateralità, l'età giovane, il rapido accrescimento faranno sospettare il sarcoma.

Sede e complicazioni in genere dei tumori ovarici.

Qualunque sia il tipo del tumore ovarico si può avere uno sviluppo infralegamentoso, reale o apparente.

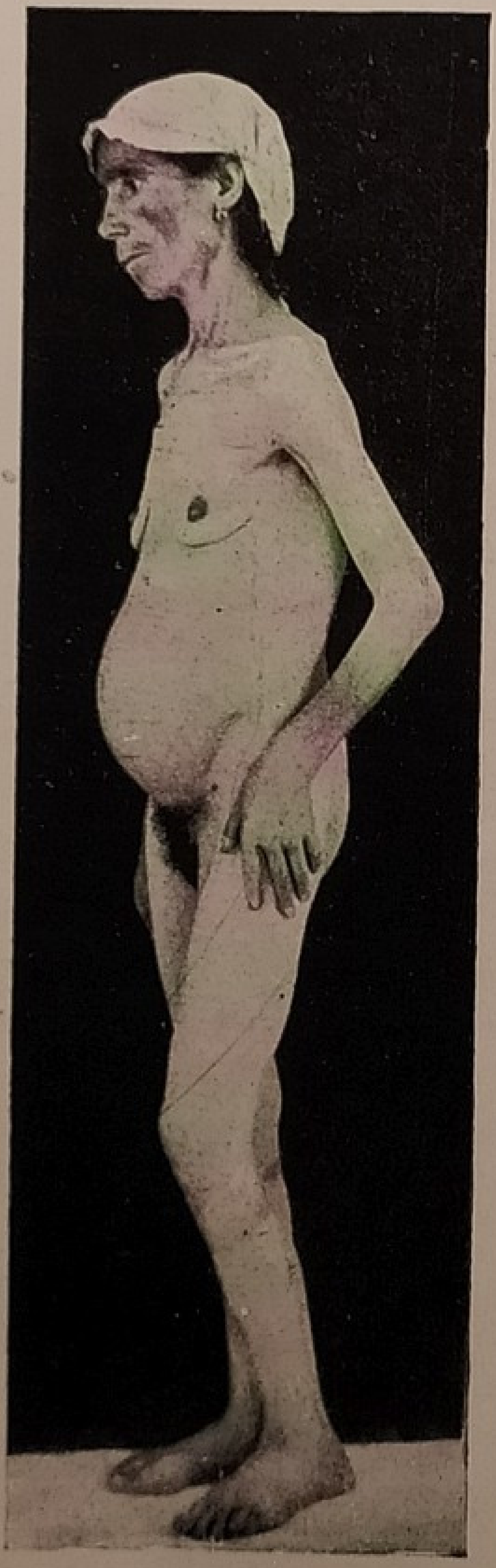


FIG. 181. – Cachessia in portatrice di adenocarcinoma dell'ovaio (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Se il tumore prende inizio verso l'ilo dell'ovaio, esso può aver tendenza a insinuarsi fra le pagine del legamento largo corrispondente, fino a dare fatti di compressione sui vasi, sui tronchi nervosi, sull'uretere. Altre volte il tumore è bensì endoperitoneale, ma nel suo sviluppo può porsi dietro il legamento largo, sollevando poi questo in modo quasi da esserne avvolto. Sono ad ogni modo reperti operatori, non riconoscibili prima.

I tumori dell'ovaio vanno incontro a fatti regressivi e a complicazioni varie: ricordiamo: le aderenze periferiche, la torsione sul peduncolo, le emorragie endocistiche, la necrosi circoscritta, la suppurazione, la rottura.

Le aderenze, sia parietali che epiploiche od intestinali, a volte trovano come causa una pregressa torsione sul peduncolo, o la necrosi; altre volte si deve chiamare in giuoco la mancanza del rivestimento peritoneale; nelle aderenze epiploiche, di solito, si sviluppano grossi vasi, specialmente venosi, sopratutto quando da parte del peduncolo manchi ogni nutrizione.

Dolorabilità, crepitio palpabile o ascoltabile durante i movimenti respiratori, limitazione della spostabilità del tumore sono elementi che possono far pensare alle presenza delle aderenze.

La torsione sul peduncolo è segnalata dall'insorgere brusco di una crisi dolorosa addominale, con reazione peritoneale (meteorismo, difesa, vomito, stasi intestinale), modico rialzo termico: talora alla torsione segue una emorragia endocistica, che può essere anche grave e allora si aggiungono i segni della anemia acuta, oltre a quelli di un aumento notevole dell'addome. La diagnosi è subito fatta se si conosca

prima la esistenza del tumore ovarico; e a crisi attenuata troveremo p. e. aumentato il volume, perduta la mobilità, antecedentemente rilevata, insorta una dolorabilità che prima mancava. Ma se invece non si conosce nulla dei precedenti genitali la diagnosi può essere difficile, sopratutto nel corso della crisi quando l'esame obiettivo riesce poco proficuo per la difesa addominale: e si può equivocare con appendicite, annessite, gravidanza extrauterina, ecc.

Altra complicazione, più rara, è la rottura della parete cistica, talora spontanea, talora traumatica; anche questa però preparata da condizioni predisponenti, quali la necrosi o la infiltrazione neoplastica.

FIG. 182. – Associazione di tubercolosi papillare con un cistoma dell'ovaio (*Clinica Ost. Gin. di Roma*).

La rottura si può accompagnare con una crisi di shok addominale, oppure può passare silenziosamente. Il diagnosticarla è facile se si conosceva l'esistenza del tumore e non lo si ritrovi più.

Le conseguenze sono meno in rapporto con possibilità di emorragie, rarissime, che non colla possibile disseminazione a distanza di elementi neoplastici.

Un esito abbastanza raro della torsione del peduncolo è la separazione del tumore dalle sue normali connessioni: sono delle ovariotomie spontanee; la cisti può essere nutrita ulteriormente attraverso aderenze che contrae con altri visceri, sopratutto con l'omento.

Necrosi circoscritte dei tumori sono frequenti, talora asettiche, in rapporto a deficienze vascolari circoscritte o alla stessa evoluzione del tumore, talora settiche, quando germi vari arrivino al tumore o al suo contenuto: l'arrivo di germi può farsi per via sanguigna nel corso di malattie infettive, o per via linfatica ascendente (infezioni puerperali) o per contiguità, come quando si siano stabilite aderenze con anse intestinali.

La suppurazione di vaste cisti ovariche è accompagnata dai sintomi consueti di ogni flogosi (dolore, febbre intermittente); può oscurare la diagnosi, se non è già nota quella generica di tumore ovarico; temibile è la possibilità di una rottura endoperitoneale.

Emorragie endocistiche sono di solito legate a disturbi del circolo del peduncolo vascolare, come conseguenze di torsione o di spostamenti o stiramenti; ma si possono avere anche per usura circoscritta di un vaso parietale: sono caratterizzate dal dolore, dall'aumento rapido di volume del tumore, dalla reazione peritoneale, e da fatti di anemia acuta, quando l'emorragia sia cospicua.

Tutte codeste eventualità si verificano con una frequenza superiore alla media quando sopravvenga una gravidanza, nel corso di essa e nel puerperio. Poichè mentre nei tumori maligni, bilaterali, dell'ovaio può essere soppressa la mestruazione e quindi ogni fecondità, nella grande maggioranza dei tumori se pure bilaterali, è conservata la mestruazione, e quindi è possibile l'insorgere della gravidanza.

La conoscenza della facilità di tali complicazioni informa la terapia nettamente aggressiva in tutti i casi di tumori ovarici in gravidanza; tanto più poi che è frequente la distocia sopratutto nei tumori di medie dimensioni, che possono conservarsi pelvici e ostacolare il parto.

Ci sono casi che sembrano avere perfino dell'inverosimile. Ne ricordo uno, operato a Bari.

Si tratta di una giovane di 21 anni, sposa da due anni, la quale aveva subito dopo il matrimonio notato un aumento notevole e progressivo dell'addome, sicchè già l'anno scorso in tre paracentesi successive a distanza di una settimana fra di loro sarebbero stati estratti 20 litri di liquido un po' scuro, colloso. Nel gennaio di quest'anno venne anche assoggettata a cure di raggi X e ultravioletti per un mese.

Ebbe in seguito due mestruazioni più regolari e copiose delle precedenti (che si erano fatte scarse da un anno) e poi dal marzo restò amenorroica. Ben presto avvertì fenomeni simpatici e al V mese sentì movimenti fetali. Si delineavano i segni cioè di una gravidanza. Dopo una nuova serie di paracentesi, tutte di molti litri, ricovera alla Clinica.

La fotografia della malata dà appena una pallida idea dell'aspetto fra grottesco e mostruoso assunto dal suo corpo, che pareva davvero una appendice dell'enorme ventre reso anche più singolare dalla presenza di un diffuso reticolo venoso superficiale, tale che, ai lati sopratutto, si vedevano serpeggiare vene grosse come un indice. La circonferenza addominale massima era di 140 cm. con una distanza xifo pubica di 68 cm.; eloquente può essere il dato del peso, che all'ingresso in Clinica era di 73 Kg. mentre è oggi solo di 40, pur avendo la malata acquistato in floridezza, per quanto relativa.

Esisteva edema anche dei genitali esterni e della regione soprapubica; la malata era obbligata in posizione ortopnoica e a coscie divaricate. Non ostante la tensione addominale era percepibile il ballottamento della testa fetale sopra il pube, sensazione precisata dall'esame vaginale, il quale metteva anche in rilievo il tipico rammollimento del collo e del segmento inferiore.

La donna ci diceva che era stato sospettato un tumore della milza; comunque non recava alcuna notizia sulla natura del liquido estratto, sicchè, anche per diminuire la tensione addominale, si fece pure noi una para-

centesi. Il liquido, nettamente colloideo, permise di affermare subito la diagnosi di cistoma ghiandolare dell'ovaio complicante la gravidanza.

Restava il problema terapeutico nei rapporti con lo stato gravidico. In gravidanza avanzata, sopratutto trattandosi di tumori voluminosi, è quasi costante l'insorgere del parto a poca distanza dall'intervento, perciò

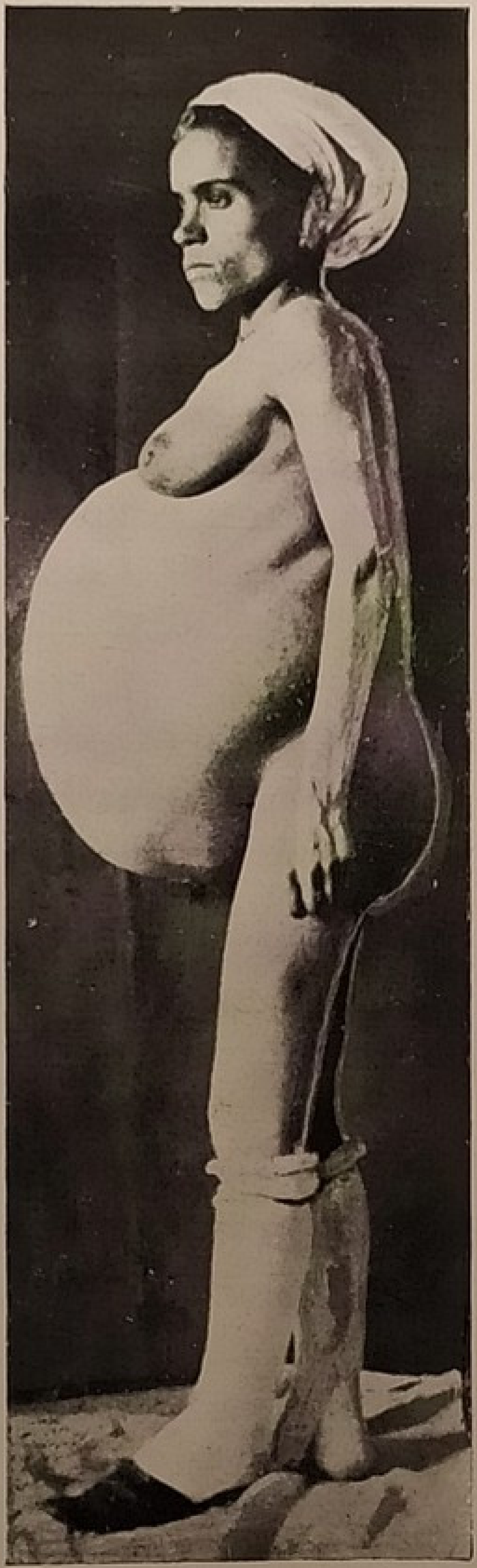


Fig. 183. – Enorme cistoma ghiandolare (30 Kg.) in gravidanza al VII mese (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

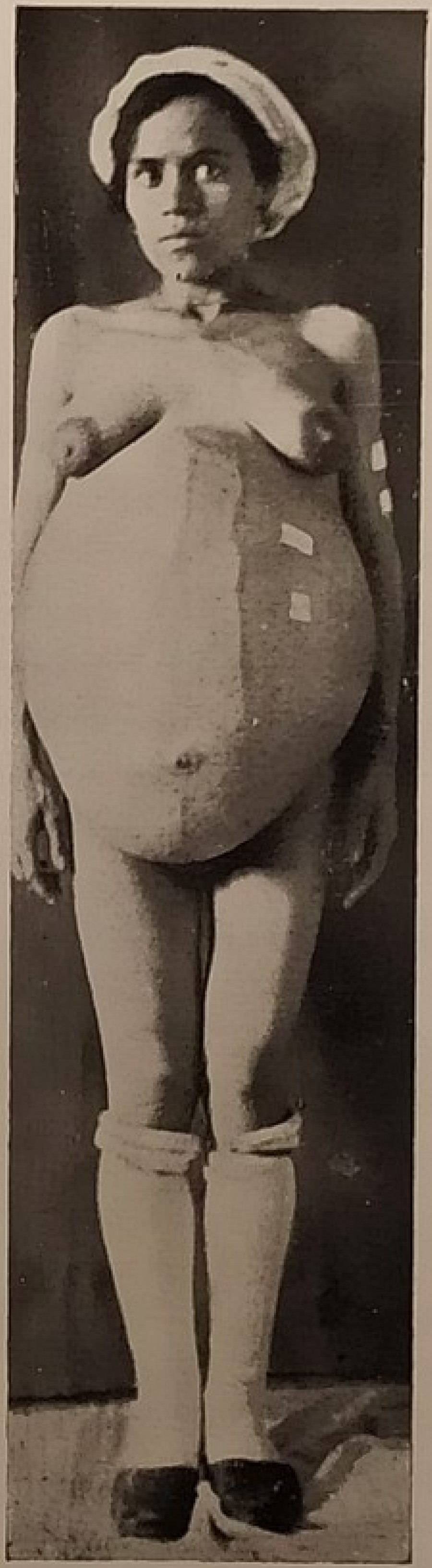


Fig. 184. – Lo stesso caso: di fronte: evidente reticolo venoso (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

essendo solo al VII mese si decise di soprassedere qualche tempo fino all'VIII mese. La ovariectomia iniziata con la anestesia locale fu condotta a termine con la narcosi eterea, perchè il distacco, indaginoso, delle multiple aderenze parietali viscerali veniva male sopportato. Il parto avvenne il giorno dopo, aiutato con un forcipe perineale, per togliere la fatica del per. espulsivo. Il bambino, di 2200 gr., era premorto. È difficile stabilire se la morte fosse anteriore alla operazione o conseguente allo stato di shok che ad essa tenne dietro. Il decorso post-operatorio fu dei migliori.

La diagnosi dei tumori ovarici.

I tumori dell'ovaio, se liberi nella cavità addominale, non dànno in genere disturbi fino a che non abbiano raggiunto un certo volume, o vadano incontro a complicazioni (rottura, torsione sul peduncolo, emorragie endocistiche, necrosi, suppurazione). Per lo più è l'aumento notevole e progressivo di volume che finalmente richiama l'attenzione delle malate; nei casi più gravi abbiamo disturbi del respiro, della funzione gastrointestinale, della circolazione periferica, con edemi o ectasie venose agli arti inferiori: si aggiunge un aspetto caratteristico della fisionomia (*facies ovarica*).

Se il tumore è unilaterale la mestruazione non è alterata; ma può esserlo se bilaterale.

Quando i tumori hanno sviluppo infralegamentoso causano più precoci fatti da compressione pelvica, pure con volume meno grande.

Di solito non c'è dolore, tranne quando si hanno fatti di peritonite reattiva o comunque delle aderenze; si possono avere disturbi a carico della vescica e dell'intestino nei tumori pelvici.

Dal lato diagnostico, nei tumori di certe dimensioni già il volume dell'addome richiama l'attenzione; il limite superiore della ottusità e il contegno della percussione nelle parti declivi dà il modo di differenziare le raccolte libere dai cistomi, a meno che non si tratti di enormi volumi in cui tale sussidio fallisce, ovvero quando coesista ascite. Utile è la ricerca della fluttuazione, facile nelle grandi concamerazioni; essa può tuttavia mancare nelle piccole o quando ci sia una notevole tensione endocistica.

Non consigliabile a scopo diagnostico è la puntura esplorativa del tumore. È bensì vero che il carattere del liquido potrebbe precisare la diagnosi, ma non si dimentichino i pericoli della disseminazione peritoneale di elementi neoplastici.

Per i tumori situati in tutto o in parte nello scavo soccorre l'esame combinato, che nei casi tipici permette bene la differenziazione dai tumori solidi uterini, dalle annessiti, dagli ematoceli.

In generale in questi casi è possibile identificare l'utero distinto dal tumore, e già si sono detti i vari accorgimenti per riconoscere la indipendenza (trazioni sul collo, sollevamento del tumore, ecc).

La diagnosi differenziale a cui bisogna sempre pensare è la gravidanza. Sia nei tumori molto grossi, che in quelli medî, lo scambio diagnostico è stato commesso più volte.

Nella gravidanza del IV-V mese un elemento che può trarre in inganno è il rammollimento dell'istmo e l'allungamento della porzione sopravaginale del collo, che talora avviene di trovare molto accentuata; sicchè il corpo dell'utero gravido, sferoidale, pare quasi distaccato dal collo e, se non soccorra un esatto criterio anamnestico o un discernimento clinico sufficiente, si arriverà a fare diagnosi di tumore dove è solo una gravidanza. Analogo errore può avvenire anche in mesi più avanzati sia in gravidanze normali che in gravidanze complicate per es. in casi di poliamnios acuto.

Tali errori diagnostici capitano più al medico o al chirurgo, che non all'ostetrico, abituato a essere sempre per così dire sull'allarme. Pensandoci infatti, l'errore è di solito evitabile e ad ogni modo nei casi in cui restino dei dubbi, non dobbiamo scordare l'utilità che viene dalla radiografia (1).

Anche sono possibili scambi diagnostici fra tumori ovarici e fibromi uterini; questi ultimi, per necrosi, per rammollimento e per linfangectasie possono dare un senso di fluttuazione o di pseudo fluttuazione, quelli possono essere solidi o così tesi da non lasciare percepire la consistenza cistica.

Non sempre il dato mestruale aiuta perchè se è vero che i fibromi si accompagnano a menorragie che mancano nei tumori ovarici, sono pur numerosi i fibromi asintomatici dal lato mestruale e i tumori dell'ovaio che attraverso la stasi secondaria della pelvi producono delle menorragie o anche delle metrorragie, nei tumori maligni, quando si siano avute metastasi nell'endometrio.

D'altra parte, se i fibromi sono solidali con l'utero sì da trasmettergli i movimenti che vengono loro impressi, può avvenire sia che tale fatto manchi nei fibromi a lungo peduncolo, sia ancora che tumori ovarici prendano stretta aderenza con l'utero, e quindi solidarietà nei movimenti con l'utero stesso.

L'associarsi poi dei due fatti può portare a difficoltà davvero non superabili. È di questi giorni un mio intervento in una donna che proprio all'epoca dell'atteso ritorno mestruale fu colta da crisi acuta addominale, con peritonismo e percezione di una massa dolente al quadrante inf. destro dell'addome. Quando venne alla clinica erano trascorsi alcuni giorni dalla crisi; si percepiva il corpo dell'utero un po' pastoso, spostato posteriormente da una massa che pareva fare corpo con esso, seguendone questo i limitati movimenti che si potevano imprimere alla massa, la cui consistenza era dura, nettamente fibrosa. La diagnosi fra tumore ovarico torto sul peduncolo e tumore uterino, in preda o a fatti necrotici, o in crisi di estrinsecazione sottosierosa nel corso di una gravidanza iniziale non poteva essere risolta che dall'operazione, in ogni modo indicata. Si trovò che era un *fibroma* dell'ovaio sinistro con emorragie parenchimatose e necrosi parziale; esso prendeva aderenza tenace con il fondo uterino. Nell'ovaio dell'altro lato si trovò che a un polo si era sviluppato un altro nodo tondeggiante d'aspetto nettamente fibroso, grosso come una noce.

Fra le più difficili diagnosi differenziali sono quelle con i tumori del mesentere quando non si faccia attenzione alla disposizione delle anse intestinali, che passano a bandoliera avanti al tumore.

(1) Ma si intende che i dati di essa vanno sempre integrati con l'esame clinico complessivo. Ricordo ad esempio un caso ricoverato nella Maternità Castrense di Latisana come cisti ovarica e in cui una fase di amenorrea, precedente l'attuale periodo di metrorragia, aveva fatto pensare ad una gravidanza; altri dati, come l'anemia accentuata, l'albuminuria, la continuità della emorragia, lo sviluppo dell'utero, fecero sospettare, come veramente era, una mola vescicolare. Ora in quel caso si intende che anche la radiografia non avrebbe rischiarato il quadro: tutt'altro!

Nella fase iniziale può anche guidare la sede più alta medio addominale e la direzione dell'asse maggiore che suole coincidere con quella obliqua della base di inserzione del mesentere.

Raro, e perciò stesso difficilmente diagnosticabile è il reperto di cisti, o di tumori solidi anche benigni (lipomi) dell'epiploon, o le cisti idatiche peritoneali; meno facile è lo scambio con cisti pancreatiche che hanno sede più alta.

Un esame accurato dovrebbe sempre permettere di riconoscere i caratteri di un tumore splenico, sia nell'iperplasia malarica con milza migrante, sia nelle cisti ematiche o da echinococco; per lo più si riesce infatti a percepire il margine tagliente seghettato della milza. L'ammalata ci dirà di un inizio dall'alto della tumefazione o del dolore, inoltre si noterà la spostabilità della massa verso l'ipocondrio sinistro, specialmente manifesta se si ponga la donna nella posizione di Trendelenburg.

Particolarmente difficili però possono riuscire i casi in cui la milza ectopica, tanto da percepirne il polo inferiore con l'esame vaginale, abbia contratto aderenze che la fissino in basso.

Tumori renali hanno una loro sintomatologia ben nota, ivi compresa quella funzionale; tuttavia non sono rari i casi di scambi diagnostici, per esempio per idronefrosi; altre volte lo scambio si è avuto con un *rene pelvico;* persino la cistifellea enormemente distesa prolassata e aderente alla fossa iliaca potè essere scambiata per una cisti dell'ovaio.

Nelle varie diagnosi differenziali con tumori extragenitali non dimenticare il capitolo dei tumori pararenali, che nella donna sono relativamente frequenti.

Saranno di guida, come per gli altri, i dati della anamnesi se questa riferisca di iniziali disturbi dolorosi o di ingrossamenti in parti dell'addome lontane dalla pelvi (nel caso speciale alla regione lombare). Fondamentali sono i rapporti con l'intestino, che si rendono evidenti nel modo migliore mediante la insufflazione del colon. Le anse intestinali sono dapprima spostate di lato e poi verso la linea mediana ed anche il colon viene sospinto per il dispiegarsi del meso e la maggiore espansione laterale del tumore. Può essere difficile la differenziazione.

Equivoci diagnostici si possono avere anche con raccolte saccate peritoneali.

È facile pensarci se la anamnesi ci sia buona guida: nelle forme tubercolari troveremo l'abito speciale, la storia di pregresse sofferenze ghiandolari, pleuriche, peritoneali, i rialzi termici specialmente serotini, o per lo meno le notizie di pregressi stati febbrili; la mestruazione per lo più scarsa o assente; tutto ciò potrà indirizzarci più a pensare a una peritonite saccata che non ad un tumore nei casi in cui l'esame obiettivo lasci dei dubbi. Ma non bisogna meravigliarsi di errori che capitino pure in tale campo, come in quello delle peritoniti diffuse, che possono mentire dei versamenti ascitici accompagnanti i tumori ovarici.

Ne vedemmo un caso poco fa a Bari: Una giovane sposa da due anni, sterile, oligomenorroica, sempre, ed ora in amenorrea da più mesi, anemiz-

zata, con una storia di pregresse bronchiti, aveva un voluminoso versamento addominale libero; rialzi termici quotidiani, una intensa cutireazione alla tubercolina, i precedenti, la negatività dell'esame genitale, ci orientarono in un primo tempo verso una peritonite tubercolare, e provammo l'esperimento con la insufflazione endoperitoneale di ossigeno. Di fronte all'insuccesso decidemmo di intervenire operativamente, anche perchè, dopo una paracentesi, diminuita la tensione addominale, potemmo sentire delle masse ballottanti nei quadranti inferiori dell'addome. La laparotomia ci dimostrò che si trattava di un papilloma bilaterale dell'ovaio, con disseminazione miliare su tutto il peritoneo; potemmo facilmente asportare i due tumori, e si fece poi seguire una radioterapia intensiva per agire sulle metastasi. A distanza di cinque mesi il liquido si è riformato in minima quantità e le condizioni generali sono molto migliorate.

Del resto sono noti anche casi di associazione dei tumori ovarici con tubercolosi peritoneale o genitale, il che spiega la complessità del quadro clinico e la possibilità di errori.

Per altre diagnosi differenziali e per altri accorgimenti diagnostici vedasi nei vari capitoli; così a pag. 34 si troverà il ricordo dei possibili errori (non scusabili questi !) con una ritenzione urinaria.

Di fronte a casi di tumori ovarici, una volta posta la diagnosi generica occorre perfezionarla con la ricerca delle eventuali complicazioni, della benignità o malignità del tumore e della operabilità. Circa alle complicazioni già si è detto (pag. 238), aggiungiamo solo che a volte è proprio l'insorgenza di qualcuna di esse, sopratutto la torsione del peduncolo, che fa riconoscere la presenza di un tumore, ospite da tempo, non noto, di quella data donna.

Circa alla natura del tumore fanno pensare alla *malignità*: la bilateralità dei tumori, il versamento libero, l'accrescimento rapido, il decadimento organico, progressivo, fino allo stato cachettico, la comparsa di emorragie uterine dopo la menopausa, i dolori, la percezione di metastasi peritoneali o viscerali, la fissità del tumore nello scavo, dove si hanno elettivamente metastasi. Questi ultimi caratteri vanno ricercati ed utilizzati per il giudizio sulla operabilità di quel dato caso; masse occupanti il Douglas, fisse contro la parete pelvica sono di solito segno cattivo e sconsigliano ogni intervento. Non così per l'ascite, che talora accompagna anche tumori fibrosi, od i papillomi, per i quali ultimi si è visto talora, dopo asportate le ovaie neoplastiche, regredire una disseminazione peritoneale, controllata operativamente.

LE MODIFICAZIONI GRAVIDICHE E LA PATOLOGIA DEGLI ORGANI GENITALI IN RAPPORTO CON LO STATO PUERPERALE

Le modificazioni dell'apparato genitale dovute allo stato puerperale (gravidanza, parto, puerperio) sono descritte nei trattati di ostetricia, con la dovuta ampiezza.

Qui basta rammentare appena:

la colorazione vinosa dei genitali esterni, dovuta alla stasi;

la facilità delle varici che talora raggiungono dimensioni enormi quasi come un pugno e con una attiva circolazione tale che, in casi di rottura, spontanea o provocata da traumi, si hanno delle emorragie gravissime, anche mortali, se la cura non sia pronta;

FIG. 185. – Stratificazione e vacuolizzazione alla base delle cellule cervicali in gravidanza.

la possibile formazione di ematomi vulvari o vaginali se una vena si rompe senza che sia discontinuato il rivestimento mucoso o cutaneo (per lo più dopo il parto, ma talora già in travaglio ed anche in gravidanza);

l'edema della vulva che può arrivare a gradi estremi fino al punto da impedire la deambulazione e da costringere alla abduzione delle coscie, sia in gravidanza che nel parto (in quella per cause discrasiche sopratutto nell'albuminuria o per cause meccaniche, gravidanze gemellari, tumori, cardiopatie; nel travaglio per lo più l'edema si localizza alle piccole labbra ed è espressione dell'inceppo del circolo causato dalla parte presentata, donde la necessità di affrettare il parto, per evitare la necrosi dei tessuti compressi; altre volte, sia in parto, come in puerperio, è indice di un processo settico locale, o conseguenza di malproprie manipolazioni).

Inutile poi soffermarci sul ben noto rammollimento dell'istmo, tale da essere motivo di una spostabilità grande del corpo sul collo, e da permettere alle due dita, l'interno e l'esterno, di quasi congiungersi fra di loro nello spazio fra collo e corpo (segno di Hégar). Indugiamo, invece, un momento, perchè meno conosciute, sulle modificazioni della *portio* e della parte terminale del canale cervicale, a livello del loro rivestimento.

Specialmente se preesistevano delle erosioni o delle lacerazioni cervicali con ectropion, le modificazioni gravidiche possono raggiungere anche proporzioni rilevanti, a forma papillare vegetante, sanguinanti, sì da indurre in errore chi non sia pratico e da richiedere in casi dubbi l'esame microscopico, anche da parte di esperti ginecologi.

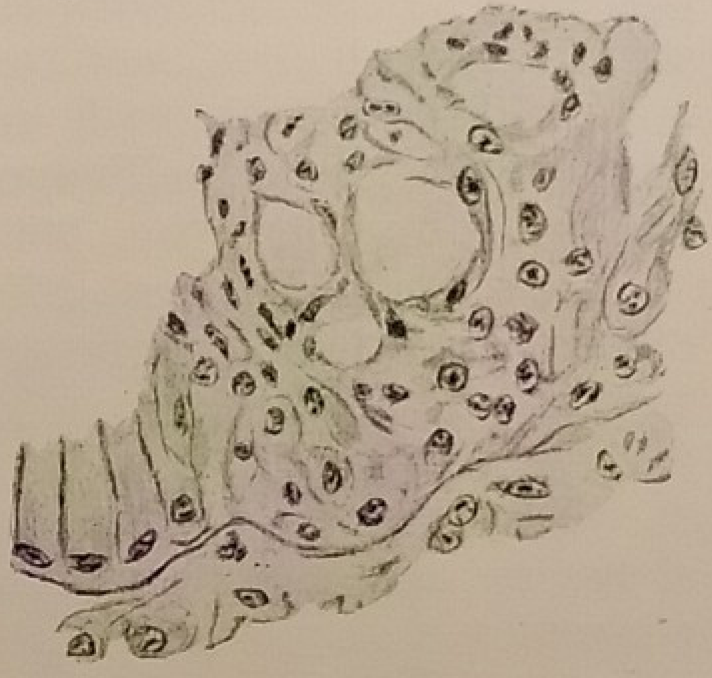


FIG. 186.
Metaplasia dell'epitelio cervicale in gravidanza.

Istologicamente si trovano iperplasie degli elementi ghiandolari e anche distopie dell'epitelio di rivestimento con fatti di metaplasia frequenti; inoltre talora sono evidenti dei nidi di cellule deciduosimili.

Nei riguardi del corpo dell'utero sono ben noti i processi di ipertrofia e iperplasia che fanno aumentare il volume dell'utero, dapprima in maniera più accentuata del contenuto, poi invece con ritmo più tardo, sicchè dopo il VI mese interviene il fattore della distensione passiva, che, unita alla esistenza della speciale lassezza nelle connessioni del peritoneo alle fibre muscolari uterine a livello dell'istmo, determina il formarsi del segmento inferiore. Così è superfluo ricordare

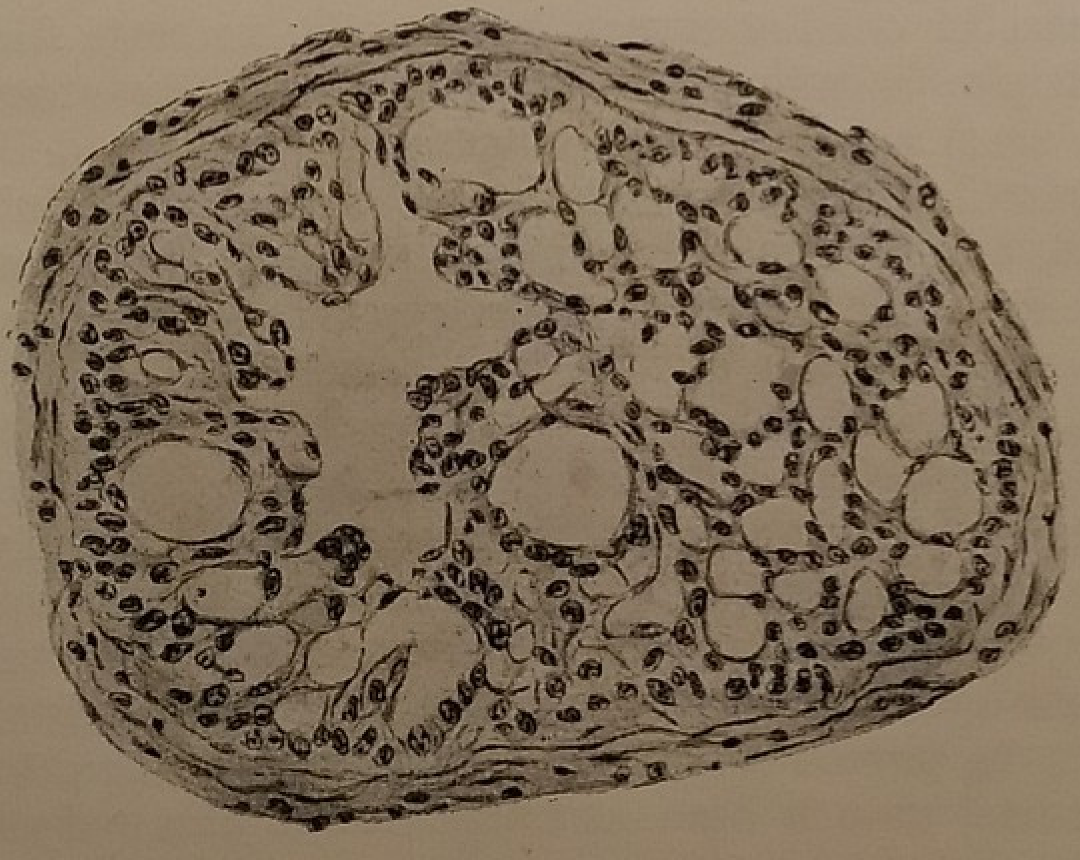


FIG. 187. – Cospicua, disordinata proliferazione del rivestimento di una ghiandola cervicale, in gravidanza.

qui la forma globosa nel primo trimestre con una deformazione angolare dove è inserito l'uovo e poi il prevalere della forma nettamente globosa fino al V mese, mentre si fa ovoidale in seguito. La consistenza pastosa elastica è caratteristica già nei primi mesi, più tardi si aggiunge il palleggiamento di parti fetali; sempre è facile sorprendere alternative di contrazioni e rilasciamento.

Nei casi tipici, quando esiste una amenorrea corrispondente al volume raggiunto dall'utero, la diagnosi di gravidanza è di solito facile, ma può in alcuni casi essere difficile o perchè non ci si pensa o perchè il valore dell'anamnesi è scarso (donne con irregolarità mestruali abituali, o di cui sospettiamo la malafede), o quando i caratteri dell'utero siano male identificabili o ci siano complicazioni per esempio la morte dell'uovo, la mola vescicolare, poliamnios, tumori uterini ed ovarici (pag. 209, 243).

A qualche diagnosi differenziale si è già accennato in precedenti capitoli; ripetiamo anzitutto qui l'importanza di esami fatti in epoche successive per i primi mesi, mentre dalla II metà in poi decisiva sarà la radiografia.

Nei primi mesi l'ematometra potrebbe essere sospettato solo se si facesse un esame superficiale, che non metta in rilievo la atresia congenita o acquisita della vagina o del collo dell'utero, o non si dia rilievo ai dolori periodici, corrispondenti al versarsi di nuovo sangue mestruale, e che sogliono associarsi all'aumento di volume.

Nel fibroma interstiziale di piccola dimensione, nella metrite parenchimatosa, l'anamnesi è fondamentale, perchè le mestruazioni persistono e sono anche abbondanti, e l'utero non è elastico, non presenta il segno di Hégar. Le difficoltà maggiori, si possono avere nelle donne vicine alla menopausa o in quelle amenorroiche da allattamento, perchè manca il contributo anamnestico differenziale; allora resta della massima importanza il criterio dell'esame a distanza. Ci sono poi sempre casi in cui l'equivoco è possibile: in certi fibromi molli, o a cavità multiple, si può avere una consistenza pastosa come nella gravidanza e se si aggiunge una colorazione intensa della sierosa per accentuata vascolarizzazione accade che restino dei dubbi perfino a ventre aperto, con l'utero fra le mani. In questi casi può acquistare un valore decisivo il rintracciare un corpo luteo gravidico.

Mola vescicolare.

Particolari caratteri assume l'utero gravido quando sia sede di una *mola vescicolare*; esso aumenta di volume rapidamente e più di quanto corrisponda all'epoca dell'amenorrea fino ad arrivare, p. es. alle dimensioni quasi di una gravidanza a termine già al IV mese di amenorrea; ha la parete tesa; presenta facilmente contrazioni circoscritte transitorie, manca ogni elemento fetale alla palpazione ed alla ascoltazione.

Fenomeni simpatici molto accentuati; emorragie genitali, di precoce comparsa, con varie alternative d'intensità, sempre insistenti; decadimento dell'organismo e anemizzazione anche più accentuata di quanto non corrisponda alle emorragie esterne; albuminuria, e altri fatti di tossicosi, possono indirizzare ad una esatta diagnosi.

S'intende che qui non sono compresi i casi di mole parziali, diagnosticabili solo dopo l'uscita degli annessi, nè delle piccole mole presto morte, nelle quali c'è ugualmente una sconcordanza fra amenorrea e volume dell'utero, ma in senso opposto a quello che caratterizza la

mola viva, rigogliosa, quella pericolosa, cioè; qui troviamo l'utero più piccolo di quello che dovrebbe essere, e la diagnosi si circoscrive a quella di un aborto interno. D'altronde in questo ultimo caso il sospettare la malattia dell'uovo non è così importante come nelle forme a rapido sviluppo, le quali, si sa, mettono invece in pericolo la vita della donna per la intossicazione ovulare, per le emorragie anche mortali, per la facilità di successive infezioni puerperali, per gli embolismi a

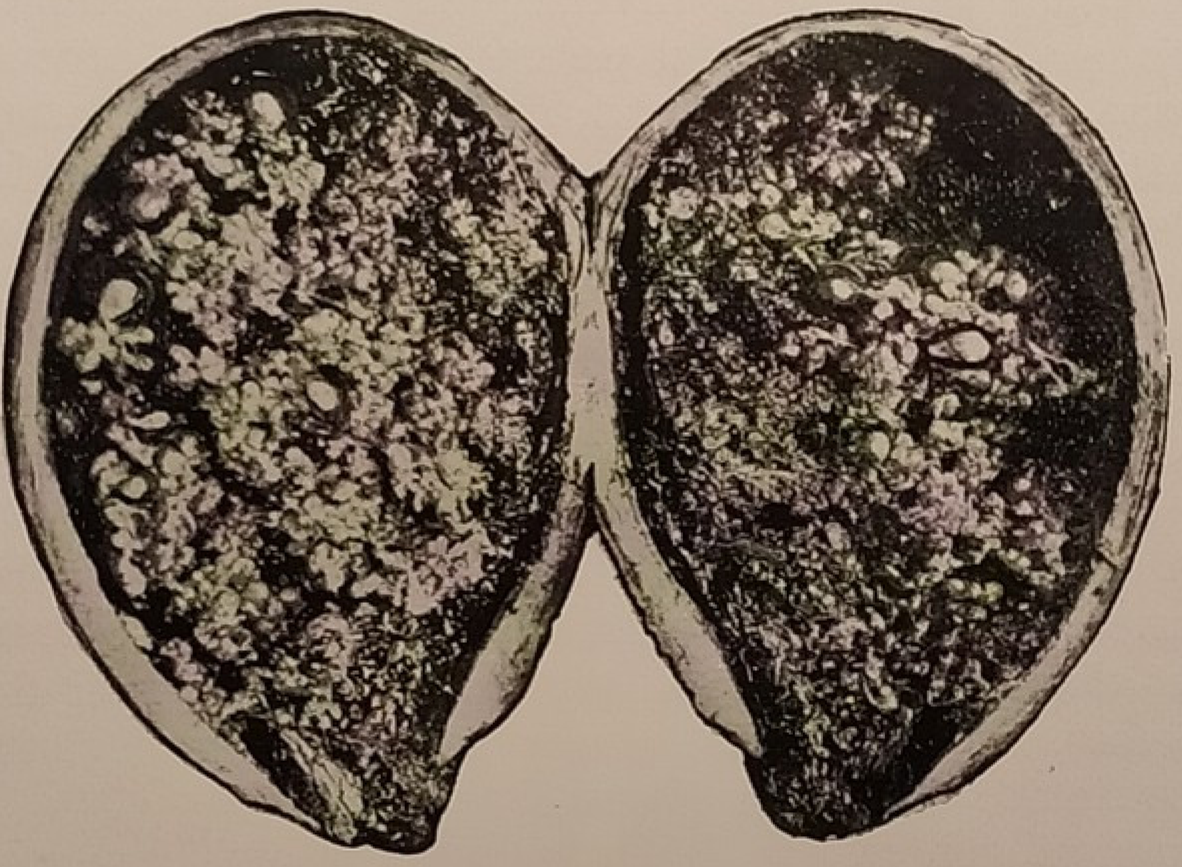


FIG. 188. – Mola vescicolare in utero; gravidanza al IV mese; sviluppo come a termine; isterectomia per emorragia grave (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

distanza di vescicole molari, per la insorgenza, infine, del corioepitelioma (in oltre il 10 % dei casi, a maggiore o minore distanza di tempo).

Metastasi di vescicole molari e veri e propri nodi di corioepitelioma sono stati visti insorgere prima dell'espulsione della mola; per lo più, però, si palesano ad un certo tempo di distanza.

Ben nota è anche la possibilità delle *mole destruenti*, quando la infiltrazione coriale invada a tutto spessore la parete uterina affacciandosi in parte maggiore o minore nella cavità peritoneale.

Nella mola vescicolare le ovaie presentano in circa metà dei casi un aumento di volume che è dovuto a cisti multiple semplici follicolari con parete parzialmente giallognola; *il corpo luteo* gravidico non presenta appariscenti anomalie; tali tumefazioni ovariche si rendono più palesi dopo qualche settimana dallo svuotamento della mola, sia perchè meglio percepibili, sia perchè realmente crescono; ma hanno tendenza dopo qualche tempo a regredire, sicchè non richiedono per sè stesse alcun provvedimento terapeutico.

Subinvoluzione uterina.

Si dà tale denominazione alla tarda o irregolare involuzione puerperale dell'utero. Si sa che questo dopo avere raggiunto notevoli dimensioni durante la gravidanza fino a pesare circa un chilogrammo,

a termine, va poi nel corso del puerperio incontro ad un graduale ritorno allo stato normale ritornando ad un peso intorno ai 70-90 grammi, il che avviene in brevi settimane, nei casi normali. Accade qualche volta, sia dopo aborti che dopo parti a mesi avanzati o a termine, che la riduzione dell'utero non è regolare; esso rimane grosso, spesso il canale cervicale si mantiene beante anche a molta distanza dal parto e persistono delle perdite di sangue atipiche, a volte senza interruzione, dal momento del parto, a volte con varie riprese.

Fra le cause di tardata involuzione uterina dobbiamo mettere in prima linea i processi settici puerperali, gli spostamenti dell'utero (retroflessione, specie dopo aborti); in un grandissimo numero di casi però si tratta di vere e proprie ritenzioni ovulari o deciduali.

Se infatti in tali casi si ricorre ad un raschiamento dell'endometrio potremo trovare delle zone di mucosa già normalmente ricostituita, ma qua e là si incontrano dei tratti con elementi deciduali spesso inglobanti scheletri di villi coriali, anche senza che si sia trattato della ritenzione di grossi ciuffi di villi o di veri cotiledoni, che avrebbero dato origine a dei polipi placentari.

Capita di vedere questo specialmente dopo aborti, e sopratutto dei primi mesi; si suole anche parlare nel linguaggio corrente di *endometriti post-abortive;* ma non si tratta di veri processi flogistici, per quanto spesso si trovino note di infiltrazione parvicellulare attorno ai nuclei ovulari o deciduali ritenuti.

La diagnosi generica è facile quando in una puerpera, a volte di mesi, si incontri il mantenersi di stillicidî di sangue dall'utero, atipici, alternati e di intensità varia e assieme si trovi un utero grosso uniformemente globoso, spesso con canale cervicale più aperto della norma.

Si dovrà tuttavia stare in guardia per la possibilità che si tratti della coesistenza di tumori uterini o sopratutto che non si sia di fronte all'inizio di un corioepitelioma.

Comunque, nei casi con dubbi anche minimi, il raschiamento dell'endometrio chiarifica con l'esame microscopico il quadro clinico.

Iperinvoluzione uterina.

I processi di involuzione dell'utero possono seguitare anche dopo che l'utero ha raggiunto il normale volume, in modo che si può arrivare a delle vere *atrofie uterine.* Si osservano tali evenienze sopratutto quando l'allattamento sia protratto molto a lungo, oltre l'anno, senza ritorno della funzione mestruale, segno del silenzio persistente nella attività funzionale e trofica dell'ovaio.

Polipo placentare.

Indichiamo con questo nome delle formazioni endo-uterine, a guisa di polipi, più o meno sporgenti in cavità e con una base d'impianto più o meno larga, che risultano da stratificazioni ematiche di varia età, attorno a un nucleo centrale di tessuto placentare; talora

sono pochi ciuffi di villi che formano il nucleo di un polipo di dimensioni anche cospicue. Questa sproporzione di volume li differenzia dalle semplici ritenzioni di cotiledoni placentari.

Nella sintomatologia domina la emorragia, persistente, più o meno profusa, dopo un parto o un aborto; di solito il canale cervicale si

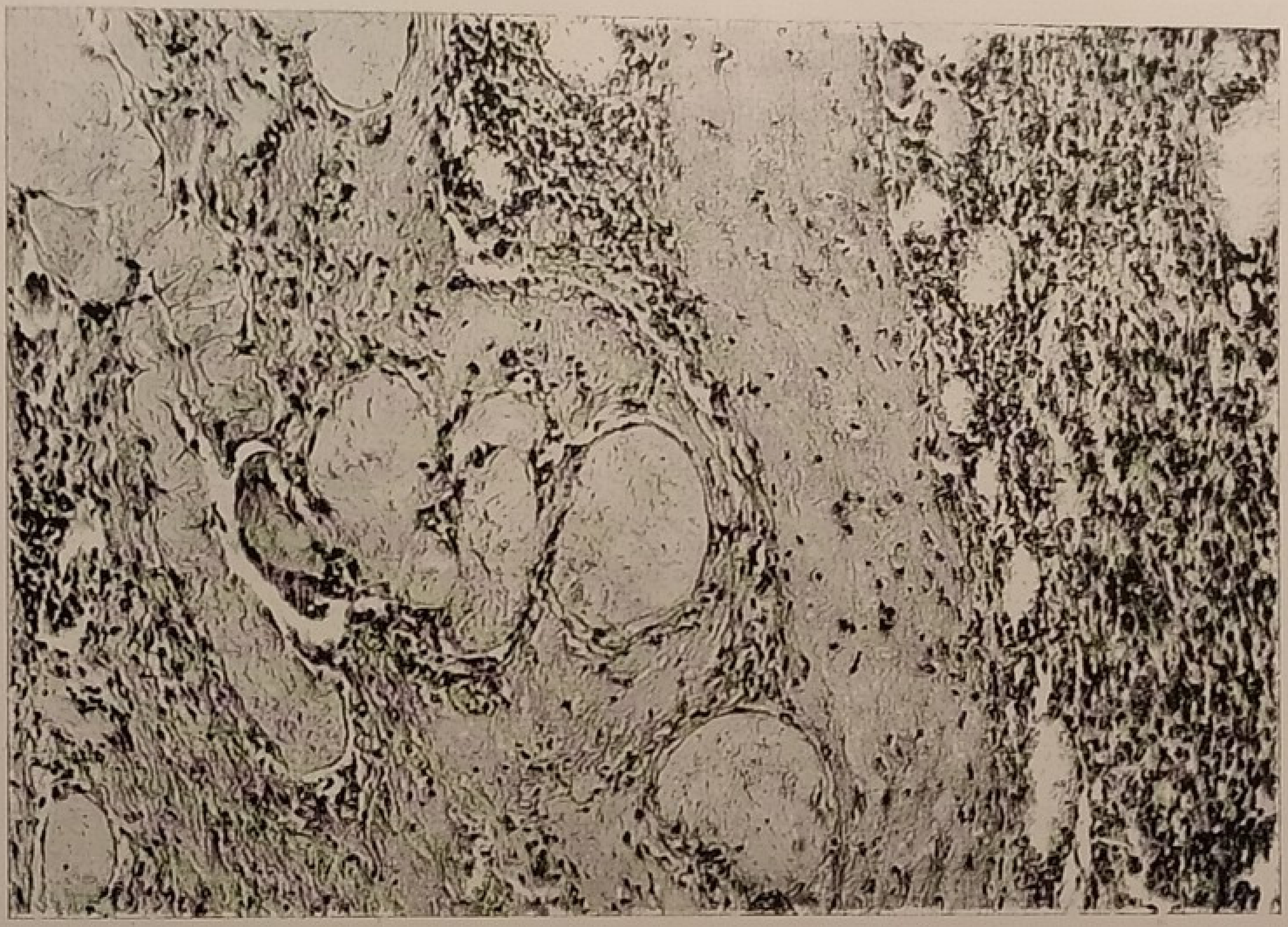


FIG. 189. – Frammento di polipo placentare: Scheletri di villi al centro; tutto attorno stratificazioni fibrinose ed ematiche; a destra infiltrazione flogistica.

mantiene beante a lungo, oppure lo diventa quando, aumentato il polipo di volume, insorgono delle contrazioni uterine, quasi per espellerlo.

Invasione coriale della muscolatura.

A volte la infiltrazione dei villi ovulari nel miometrio è tale da invadere e sostituire gran parte dell'utero giungendo fino al peritoneo, provocando in definitiva una rottura spontanea dell'utero, che sarà diagnosticata come tale, mentre la strana e rara causa rappresenterà solo un reperto operatorio.

A volte sarà in giuoco una particolare attività del corion; più spesso manca la sufficiente difesa deciduale; fra le condizioni predisponenti è notata la inserzione previa della placenta, la inserzione di questa nella cicatrice di una vecchia incisione cesarea, un pregresso raschiamento profondo.

Gravidanza extrauterina.

È quasi sempre tubarica, per lo più ampollare, di rado interstiziale o sulla fimbria; eccezionale quella ovarica e quella addominale primitiva. Nella gravidanza addominale per lo più si tratta di forme

secondarie (tubo-addominale, ovaro-addominale). Nella eziologia gran parte è data ai fatti flogistici annessiali o peritoneali in cui almeno una delle trombe rimanga o si faccia pervia; concorrono allora a determinare la sede ectopica dell'uovo: un difetto della peristalsi tubarica o del movimento delle ciglia vibratili, quale vediamo appunto nei postumi delle salpingiti, o delle inflessioni angolari, o ampiezza abnorme o strettezza del lume.

In un terzo dei casi si è constatata una *migrazione esterna* (1) dell'uovo (ossia il passaggio dall'ovaio nella tromba del lato opposto).

Allora l'uovo arriverebbe nella tromba già fecondato e l'evoluzione comunque sarebbe tale che l'uovo acquista già attitudini all'annidamento prima di giungere alla cavità uterina. Per lo più la migrazione esterna si associa a postumi di lesione flogistica dell'annesso (Pestalozza), che rende impervia la tromba corrispondente all'ovaio da cui proviene l'uovo; ma fu visto, anche in assenza di tale fattore (Sfameni), solo in rapporto con il dislivello a cui abitualmente si trovano i due annessi; essendo quello di destra più indietro e più in alto di quello di sinistra, donde la maggiore facilità che la migrazione indiretta avvenga da destra a sinistra.

FIG. 190. – Gravidanza tubarica in tromba con accentuate volute fetali (donna già operata 2 anni prima p. grav. t. dell'altro lato; nessuna gravid. uterina anteriore) (*Clinica Ost. di Siena*).

Fra le cause di gravidanze tubariche si sono invocati fattori meccanici, come i tumori dell'angolo uterino, o tumori ovarici, o aderenze peritoneali, che portano stiramenti o inflessioni delle trombe; come ci sono delle predisposizioni congenite, per esempio, per infantilismo tubarico, per ostio accessorio; per alcuni casi si sono invocate delle manovre abortive, lavande caldissime p. es. fatte nella fase delle migrazione che determinerebbero delle contrazioni antiperistaltiche con un arresto della progressione dell'uovo. Non mancano infine i casi di cui sfugge la etiologia.

Un fatto anatomico fondamentale domina la evoluzione della gravidanza tubarica ed è la scarsa o nessuna reazione deciduale della mucosa, la facilità d'altra parte dei villi coriali ad invadere la muscolatura. Nella maggior parte dei casi la gravidanza s'interrompe ben presto avendosi un aborto tubarico, con tutte le possibili varietà anatomiche: dall'uovo bene riconoscibile, con le sue membrane e i suoi villi coriali e l'embrioncino, alla informe mola carnosa in cui a mala-

(1) È stato di recente proposto (Sfameni) di chiamarla indiretta o incrociata, in contrapposto con la migrazione diretta o normale (da un ovaio alla tromba corrispondente), mentre *invertita* o *pervertita* sarebbe la migrazione in cui l'uovo traversa la cavità uterina per risalire nella tromba opposta (ora detta migrazione interna).

pena è possibile rintracciare un piccolo tratto interno, lucente, a ricordare l'antica cavità amniotica.

È rara la evoluzione alla fine della gravidanza oltre i primi mesi, eccezionale fino al termine: in questo caso suole alla fine insor-

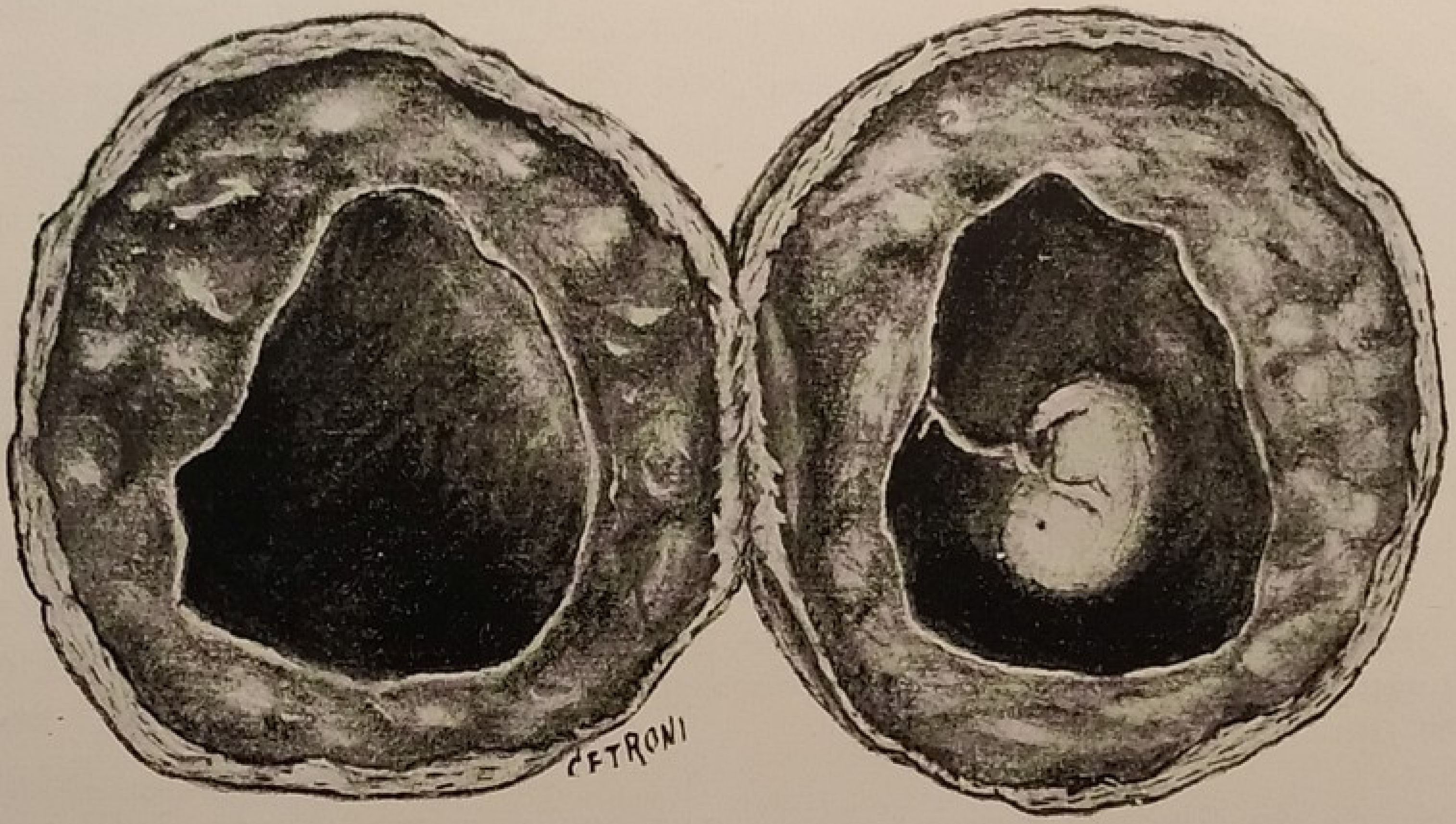


Fig. 191. – Ematomola tubarica; nella cavità amniotica, a destra, l'embrioncino (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

gere un falso travaglio di parto seguìto dalla morte del feto e allora l'uovo morto può, dopo un certo periodo, andare incontro alla deposi-

Fig. 192. – Gravidanza interstiziale (da Colombino).

zione di sali calcarei; nella capsula (litochelifo), nello stesso feto (litopedion) o in entrambi (litochelifopedio); a volte invece la sacca fetale non resta sterile, il passaggio di germi dall'intestino o dal sangue circolante determina una putrefazione o una suppurazione di essa.

Nella contingenza più frequente l'aborto tubarico si accompagna ad emorragia che può in parte distendere la tromba, in parte farsi strada attraverso il padiglione. Cadendo nella cavità peritoneale, il sangue suole raccogliersi nello spazio del Douglas e dietro all'utero, costituendo l'ematocele retro-uterino.

FIG. 193. – Gravidanza tubarica ampollare; travaglio di aborto; il padiglione è disteso dall'uovo (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Attraverso un lavorio espulsivo l'uovo stesso può alla fine venire espulso dal padiglione dilatato, sopratutto nei casi di gravidanza ampollare; troveremo poi l'uovo frammezzo ai grumi dell'ematocele.

Questo nella sua forma classica è circoscritto da una membrana di colorito foglia morta, spessa 1-2-3 millimetri, fatta in gran parte da fibrina; verso l'alto è per così dire rinforzata dall'omento e dalle anse intestinali che vi prendono aderenza.

Più di raro l'ematocele è antiuterino, quando la tromba sia vincolata in avanti da vecchie aderenze o queste fissino l'utero in retroposizione o retroflessione.

Si suole parlare di *ematocele solitario* quando la raccolta ematica sia tutta circoscritta da una capsula individualizzata, in modo che si

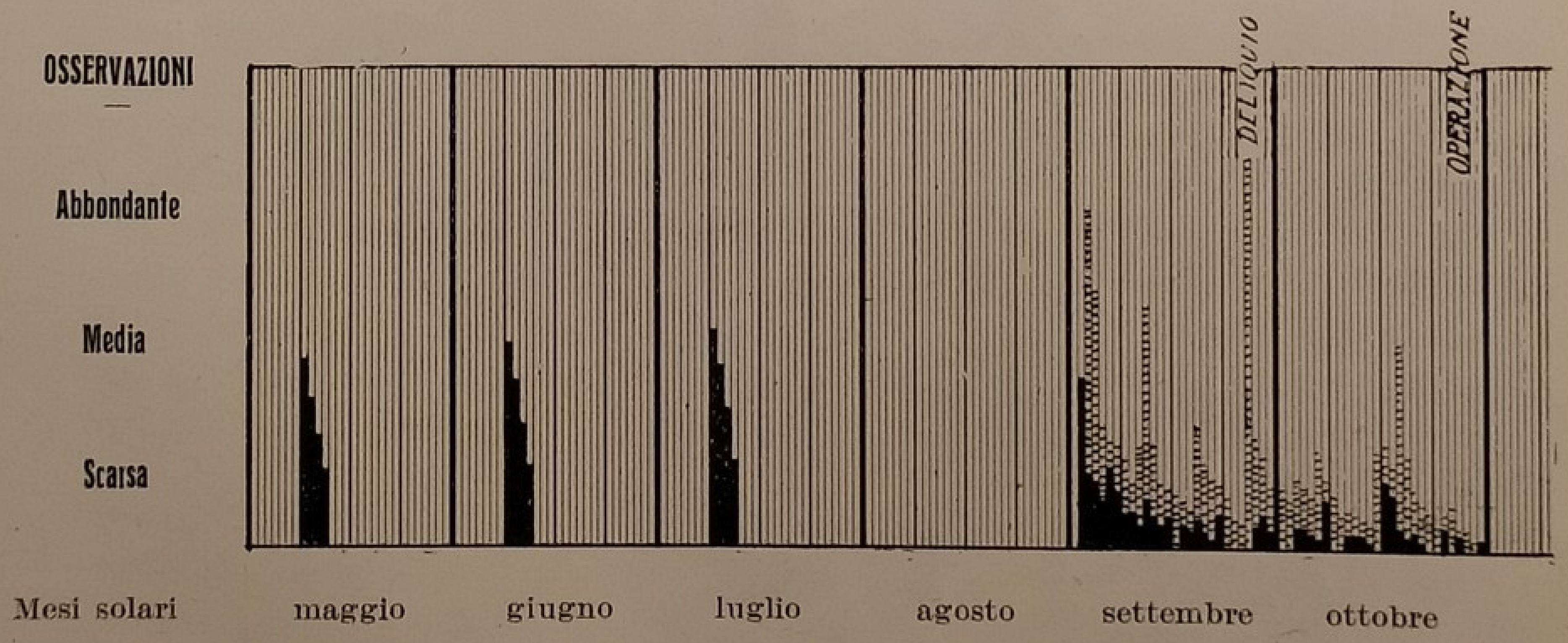


FIG. 194. – Grafica mestruale di una gravidanza extrauterina; le colonne tratteggiate segnano il *dolore*; in nero la perdita di sangue. (Sch. 260, 1926, *Clinica Ost. Gin. di Bari*).

può enuclearlo *in toto* con tutta la capsula, mentre nella maggior parte dei casi la capsula è solo parziale e il resto della parete è formato dall'utero, dall'omento, dalla tromba, ecc.

Un'altra sorgente di emorragia nella gravidanza tubarica è la rottura della tromba; per lo più in rapporto ad una usura da parte dei villi coriali che può portare fino alla usura del peritoneo; e allora

anche da piccole soluzioni di continuo, vediamo erompere continuamente una grande quantità di sangue che si versa senza limiti nella cavità addominale, producendo rapidamente fenomeni di anemia acuta: è la cosidetta inondazione peritoneale, *l'emoperitoneo*. Più di rado anche in questi casi di usura della tromba, l'emorragia, più modica, si raccoglie nel Douglas a formare un ematocele.

Per converso un ematocele preesistente con sangue ancora in gran parte fluido potrebbe dar luogo ad una inondazione peritoneale se-

FIG. 195. – Gravidanza tubarica al II mese; un ciuffo di villi coriali fa ernia attraverso alla parete (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

condaria quando in un tratto la parete venga a rompersi, per esempio, per un trauma, per un esame vaginale maldestro, ecc.

Un esito raro, ma interessante, è la fuoriuscita dell'embrione dalla cavità tubarica, sia attraverso il padiglione, sia attraverso l'usura della parete. E si sono visti casi in cui il feto, o isolato, o avvolto nel suo sacco amniotico integro ha continuato a vivere nella cavità addominale anche fino al termine.

È questa appunto una delle modalità con cui può aversi la gravidanza tubo-addominale secondaria.

Negli esiti va ricordata anche la guarigione spontanea; essa è possibile quando avvenga presto l'aborto tubarico senza emorragia notevole nè endotubarica, nè addominale; il piccolo uovo subito morto va incontro progressivamente a un riassorbimento più o meno completo, e la donna avrà presentato solo qualche dolore a una delle fosse iliache, con delle perdite di sangue vaginali protratte a lungo, a volte più settimane, talora dopo un lieve ritardo mestruale, talora senza nemmeno questo.

Un processo di guarigione spontanea, si può avere anche dopo la formazione dell'ematocele, quando l'uovo venga espulso dal padiglione o comunque si arresti nella sua evoluzione, senza dare più origine a nuove emorragie nè tubariche nè addominali. Clinicamente questo evento è segnalato dalla cessazione delle crisi dolorose e dalla stazionarietà del volume dell'ematocele che presenterà in seguito una lenta ma progressiva tendenza a diminuire di volume.

Attraverso settimane e mesi si può assistere ad un riassorbimento pressochè completo della massa.

Altro esito meno fausto, che si potrebbe dire una complicazione di un esito, è la suppurazione o la infezione sia dell'uovo che dell'ema-

tocele; i germi possono arrivarvi dalla corrente sanguigna, oppure, più spesso, per migrazione dalle anse intestinali aderenti; talora sono importati per manovre endouterine (sondaggi, raschiamenti), in casi di creduti aborti uterini, o per puntura del fornice a scopo diagnostico. Si possono formare delle sacche suppurate che, se non operate in tempo, talora finiscono per aprirsi spontaneamente nella vagina, nel retto, nella vescica; si ha allora anche eliminazione di ossicini fetali, che chiariranno la diagnosi magari non ancora posta.

Infine fra gli esiti più rari ricordiamo che si è vista anche l'usura della parete del retto da parte dei villi che vi avevano preso aderenze, donde enterorragie che talora dominarono la scena clinica, rendendo la diagnosi più complessa.

Nella diagnosi va distinta quella della gravidanza extra-uterina in atto da quella delle crisi di aborto o rottura, dell'ematocele o dell'inondazione peritoneale, e infine del litopedio. Non è invece in genere possibile porre la diagnosi delle varietà di sede: tubarica, interstiziale istmica, ampollare, ovarica, addominale; d'altra parte tale precisione diagnostica non ha quasi mai importanza, tolto forse per casi di gravidanza arrivati vicino al termine.

Nella gravidanza extra-uterina in atto possono attirare l'attenzione l'insorgenza di crisi dolorose e le perdite di sangue che vengono, più o meno spesso, a interrompere nei primi mesi l'amenorrea.

Alla diagnosi saremo guidati dall'esistenza dei comuni fatti gravidici e dal trovare l'utero non aumentato in proporzione della presunta gravidanza e dalla mancata globosità e pastosità di esso; di solito è anche spostato dal lato opposto della tromba gravida, che si presenta aumentata di volume con una forma ovoidale nei primi mesi.

A proposito delle modificazioni dell'utero aggiungiamo che la iperplasia ipertrofica gravidica muscolare è nella gravidanza tubarica accompagnata anche dalla trasformazione deciduale della mucosa uterina.

Le diagnosi differenziali che qui si potrebbero porre sono numerose; sopratutto con i tumoretti ovarici e le lesioni annessiali flogistiche. Le lesioni infiammatorie sono spesso bilaterali; se causa di dolore, ossia recenti, sono accompagnate da febbre; inoltre la forma della raccolta è a storta; negli idrosalpingi la consistenza è nettamente cistica. Circa ai tumoretti ovarici di solito sono sferoidali, mobili, cistici.

A gravidanza avanzata pur continuando l'utero ad ipertrofizzarsi, la sproporzione fra esso e l'età della gravidanza, appare sempre più manifesta, mentre la sacca fetale superficiale va prevalendo; ma avviene anche che i rapporti fra la sacca fetale e l'utero diventano così intimi che la individualizzazione si fa molto difficile, sopratutto di fronte agli spostamenti di sede dell'utero, che talora diventa posteriore e quindi male percepibile. La diagnosi è quindi spesso difficile, sopratutto se sulla sede ectopica non sia stata richiamata l'attenzione da crisi dei primi mesi, quelle crisi che segnano la estrinsecazione addominale dell'uovo nelle gravidanze primitivamente tubariche, e che invece possono mancare nelle gravidanze ovariche primitive.

Si osserva comunque una notevole superficialità dei movimenti fetali; inoltre la donna dirà di sentire i movimenti più dolorosi che in altre gravidanze; spesso anche ci possono essere delle perdite di sangue vaginali; ma resta il fatto che la diagnosi è spesso tardiva, o dopo una crisi catastrofica o dopo il *falso travaglio* che caratterizza il termine della gravidanza.

Quando la gravidanza si interrompe nei primi mesi, di solito abbiamo crisi dolorose a ripetizione, localizzate in uno dei quadranti inferiori dell'addome, perdite irregolari di sangue, per lo più non gravi, ma insistenti, spesso con un colore scuro cioccolatto.

A volte il quadro dell'aborto tubarico è completato dall'espulsione della caduca uterina che riproduce lo stampo della cavità.

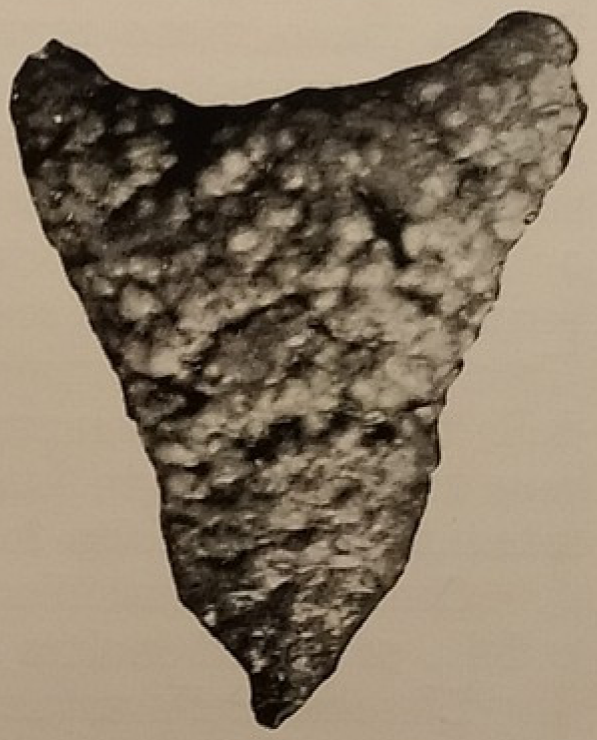


Fig. 196. – Caduca espulsa in un caso di gravidanza tubarica; evidenti i due angoli tubarici (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

L'espulsione di questa è di solito indice dell'avvenuta interruzione della gravidanza; è però da avvertire che non sempre la interruzione di questa corrisponde alla cessazione dei pericoli dell'emorragia interna, sia perchè i villi coriali possono seguitare nella loro usura della parete anche dopo morto l'embrione, sia perchè nuove emorragie si producono nei distacchi parziali dell'uovo o nei tentativi di espulsione di esso attraverso il padiglione.

Il quadro tipico dell'*aborto tubarico* è di solito improvviso, e il dolore talora è subito intenso, ed accompagnato da senso di deliquio; siccome la interruzione è spesso precoce possono essere mancati del tutto i fenomeni subiettivi gravidici, e la stessa amenorrea, se questa sia mascherata dal precoce insorgere di perdite sanguigne vaginali. Si intende che la diagnosi sarà tanto più agevole quando ci sia stata una vera amenorrea, di uno, due mesi.

Le perdite di sangue possono essere precoci, segnalando quasi lo stesso inizio della gravidanza; sono i casi nei quali esse vengono erroneamente interpretate come delle mestruazioni che si trascinano più a lungo.

Le perdite di sangue protratte sono in rapporto con i distacchi della decidua, ma possono persistere anche dopo, perchè, sopratutto quando hanno colore scuro, in parte derivano dalla raccolta tubarica, che riesce a passare traverso la porzione interstiziale della tromba.

I dolori sono di solito localizzati al lato della tromba gravida, a tipo di colica violenta per lo più, e sono dovuti alla distensione brusca della tromba, alla irritazione peritoneale, alle contrazioni della parete; si associano talora anche dolori a tipo di colica uterina, specialmente quando avvenga l'espulsione della decidua. Nei casi di ematocele molto voluminoso e nella inondazione peritoneale è stato osservato più volte un dolore alto alla spalla.

Se si è avuto un semplice ematosalpinge il reperto obbiettivo sarà quello di una tumefazione tubarica ovoidale, pastosa, più o meno grossa, secondo i casi, con un utero deviato da un lato, ingrossato, ma non globoso e non pastoso.

Se, come è più spesso, si è formato un *ematocele*, l'esame obbiettivo fa raccogliere le note dell'anemia più o meno spiccata, talora anche fa vedere un lieve colorito subitterico della sclera, e dal lato genitale permette il rilievo di una tumefazione più o meno voluminosa, per lo più retrouterina laterale, con una consistenza pastosa-cistica, che l'esperienza clinica permette di riconoscere speciale alle raccolte ematiche; l'utero più o meno ingrossato, ma mai globoso, è deviato da un lato per la presenza della tumefazione tubarica, o stirato in alto, sopra la sinfisi del pube; il suo fondo forma spesso una specie di gradino sulla retroposta massa ematocelica, il cui limite superiore nei casi di volume notevole è già bene rilevabile coll'esame esterno, come una resistenza senza contorno netto, essendo data dalle anse intestinali o dall'omento. Un carattere che ha importanza differenziale nei casi dubbi è l'aumento della tumefazione osservato in esami a distanza, dopo nuove crisi dolorose senza che siano intervenuti fatti febbrili, quali sarebbero predominanti se la raccolta fosse dovuta a un fatto flogistico.

Come mezzi sussidiari per la diagnosi ricordiamo l'esame del sangue e delle urine, ed inoltre la puntura esplorativa del fornice.

L'esame delle urine vi dimostra spesso dell'acetone, o della urobilina; l'esame del sangue, olre a confermare lo stato di anemia, può essere utile per escludere una leucocitosi, che porterebbe il pensiero diagnostico piuttosto al fatto flogistico; in questo ultimo caso avremmo anche una rapida sedimentazione delle ematie (1). Quando esiste una raccolta nel Douglas e non sia chiara la sua natura, per esempio, come quando per suppurazione di un ematocele sopravvengano febbri a tipo suppurativo, la diagnosi può venire precisata con la puntura esplorativa del fornice posteriore. L'esito positivo, in uno o altro senso ha valore decisivo; ma bisogna ricordare che ci sono cause di equivoci diagnostici (tumori dello scavo, retroflessione uterina), per cui anche un risultato negativo non basta a escludere la diagnosi sospettata per il quadro clinico complessivo.

Tipico è di solito il quadro della *inondazione peritoneale;* esso è dominato dall'anemia acuta e dai dolori violenti addominali, prima localizzati ad uno dei quadranti inferiori, poi anche diffusi. Quando una tale sindrome compare in una donna nella età feconda che abbia avuto un ritardo mestruale, anche minimo, o che al posto della mestruazione regolare abbia uno stillicidio sanguigno da più giorni, magari in anticipo, sulla mestruazione attesa, bisogna subito pensare ad una possibile

(1) Per la tecnica di questa semplice indagine: aspirare in una comune siringa, contenente 0.2 cmc. di soluzione 10 % citrato sodio, fino a un cm. di sangue da una vena; versare la miscela incoagulabile in provettine apposite, di 5 mm. di diametro, e seguire la rapidità di discesa della colonna delle ematie di 5 in 5 minuti segnando poi il punto di arrivo dopo 30-60 minuti. Normalmente si ha una discesa di 6-10 mm. rispettivamente in 30-60 minuti; ma in certe flogosi, e in tumori maligni, si arriva a 30-40 mm.

inondazione peritoneale da gravidanza extrauterina. I fenomeni generali sono relativi alla entità maggiore o minore dell'emorragia interna e con la rapidità con cui essa si stabilisce. Non occorre insistere sui caratteri dell'anemia acuta che caratterizzano i casi più tipici; ricordiamo solo che accanto al pallore estremo, agli obnubilamenti visivi, ai deliqui, alla piccolezza, frequenza e vacuità del polso, compaiono fatti di risentimento peritoneale, con meteorismo, tensione dolorosa ai quadranti inferiori e nel fornice posteriore.

Quando l'emoperitoneo raggiunge dimensioni cospicue è possibile la dimostrazione di un'ottusità nelle parti declivi dell'addome con un massimo anche di resistenza in uno dei quadranti inferiori dell'addome; è stata anche segnalata una colorazione bluastra a livello della cicatrice ombellicale e si è data poi importanza ad un dolore accessuale localizzato alla spalla. In qualche caso si è avuto un polso raro, sempre però vuoto e filiforme.

L'esame genitale in questi casi è spesso negativo: la tromba può essere pochissimo aumentata di volume ed in un tratto limitato; inoltre la difesa addominale è tale che non permette l'esame combinato; d'altronde è prudente, come in tutte le gravidanze extrauterine, non insistere troppo per evitare nuove rotture; un segno che è presente di solito e facilmente rilevabile è il dolore che si provoca toccando l'utero: talora si ha la sensazione della massa fluida, che comincia a distendere il Douglas. Ma sopratutto è l'anamnesi e il quadro clinico dell'anemia che indirizzano alla diagnosi.

Non occorre di più al ginecologo sperimentato e allo stesso medico pratico, che abbia già visto qualcuno di tali casi, *e che ci pensi*. Il non pensarci può portare invece anche in questi casi tipici ai più vari errori diagnostici, che possono anche essere fatali, perchè, se è vero, che in molte inondazioni peritoneali ad un dato momento l'emorragia tubarica si arresta spontaneamente, sono però sempre numerosi i casi, in cui o il persistere delle emorragie o il ripetersi di esse ha portato all'esito letale.

Nel campo della gravidanza extrauterina sono ben frequenti gli errori diagnostici, e si comprende agevolmente come essi siano legati alla possibilità di equivoco, sia sulla esistenza, in genere, dello stato gravidico, sia sulla sede della eventuale gravidanza.

Avremo dunque gravidanze extrauterine credute uterine e viceversa; avremo malattie varie generali o locali interpretate come gravidanze ectopiche, mentre queste potranno essere scambiate con i più vari stati morbosi. In linea generale possiamo dire che il ginecologo pecca talvolta in eccesso, volendo vedere delle gravidanze extrauterine dove non ci sono, mentre al chirurgo generico o al medico, capita più spesso di misconoscerle.

Aggiungiamo che di solito è peggio non riconoscere una gravidanza extrauterina che peccare nell'ammetterla anche se non c'è.

I pericoli legati alla diversa condotta terapeutica sono molto minori. Sopratutto nella forma più grave della crisi acuta dell'emoperitoneo, conviene evitare l'errore. Ed invece se ne commettono ben molti e fatali talora.

Così fece il giro dei giornali la storia della giovane che morì poche ore dopo che un dentista viennese le aveva levato un dente previa anestesia cocainica; il sospetto che fosse in giuoco un avvelenamento da cocaina fece deviare dalla diagnosi che fu fatta solo alla autopsia; era un classico emoperitoneo. E così era nella giovane sposa che avendo mangiato nel vagone ristorante ed essendo all'arrivo stata colpita da coliche addominali violente venne sospettata in stato di avvelenamento alimentare dai migliori medici di Milano ed aveva avuto invece una rottura mortale della tromba gravidica; così anche nel caso già accennato di colera presunto, perchè in periodo di epidemia una donna pallida fredda venne creduta nello stadio algido e portata a morire dissanguata al lazzaretto a Roma.

In altri casi la diagnosi non esatta ha meno importanza se essa pure porta ad un immediato intervento, come quando si diagnostica una appendicite, il che è molto frequente, o una peritonite o la perforazione di un'ulcera gastrica o la rottura di un piosalpinge, ecc.

In tutti codesti casi l'intervento operativo è sempre necessario ed utile; resterà al medico la delusione intima dell'errore, ma alla malata non verrà danno. Più potrebbe rincrescere di aprire il ventre nel sospetto di una gravidanza tubarica e trovarci poi di fronte ad un utero gravido. Talora del resto si trova una giustificazione e una utilità, per es. quando la errata diagnosi traesse da dolori ad uno degli angoli tubarici e all'intervento si trovassero delle briglie cicatriziali con l'omento come in un caso personale, in cui tale postumo era seguìto ad un primo intervento per gravidanza tubarica; ma talora non si trova proprio nulla o solo una accentuazione della maggiore espansione di un angolo dell'utero gravido. In realtà difficilmente si cadrà in errore se si valutino sempre i sintomi; sopratutto una linea direttiva fondamentale è data dai fatti dolorosi; senza di essi è ben raro che si abbia una gravidanza ectopica.

In tale campo un errore che potrebbe avere delle conseguenze spiacevoli è di scambiare un utero retroflesso gravido con un ematocele o un ematosalpinge caduto nel Douglas, ed il pericolo sta nel fatto che gli eventuali tentativi di riduzione del presunto utero porterebbero alla rottura della raccolta ematica, con la possibilità d'un emoperitoneo secondario, spesso gravissimo, sopratutto se colga all'improvviso il ginecologo senza la possibilità di un immediato intervento.

Un errore diagnostico pure non evitabile se non in speciali casi è quello della gravidanza in un corno rudimentario; ci si potrà pensare se setti longitudinali vaginali o duplicità del collo facciano pensare alla malformazione uterina, o se si palpi distintamente il legamento rotondo, ecc. Ad ogni modo l'importanza pratica della diagnosi precisa è scarsa se non muta l'indirizzo terapeutico.

Nella gravidanza extrauterina nei mesi avanzati è capitato più volte che la diagnosi sia stata fatta solo molto tardivamente; a volte qui illumina la anamnesi quando ci parla di crisi dolorose ad un quadrante inferiore addominale, avutesi una o più volte nei primi mesi di amenorrea (e che corrispondono alla rottura della tromba o alla fuoriuscita del feto dal padiglione), ma che possono mancare nelle gravidanze ovariche o della fimbria; oppure la nozione di un travaglio di parto durato ore o giorni senza alcun risultato; sopratutto giova il percepire il corpo dell'utero ingrossato per la ipertrofia consensuale

spiccata, deviato da un lato in modo, che si possano avvertire due distinte tumefazioni addominali, essendo l'altra fatta dalla sacca fetale; ma anche qui è questione di pensarci e sono molti i casi in cui anche i ginecologi provetti sono caduti in errore, talora per difficoltà intrinseche dell'esame obbiettivo, più spesso per deficiente accuratezza di questo.

Sono descritti casi in cui si sono perfino applicate delle candelette entro l'utero presunto gravido, per fare insorgere il travaglio.

Il litopedio può essere riconosciuto nella sua essenza sia con l'anamnesi, sia direttamente con la radiografia; esso è talvolta ben tollerato

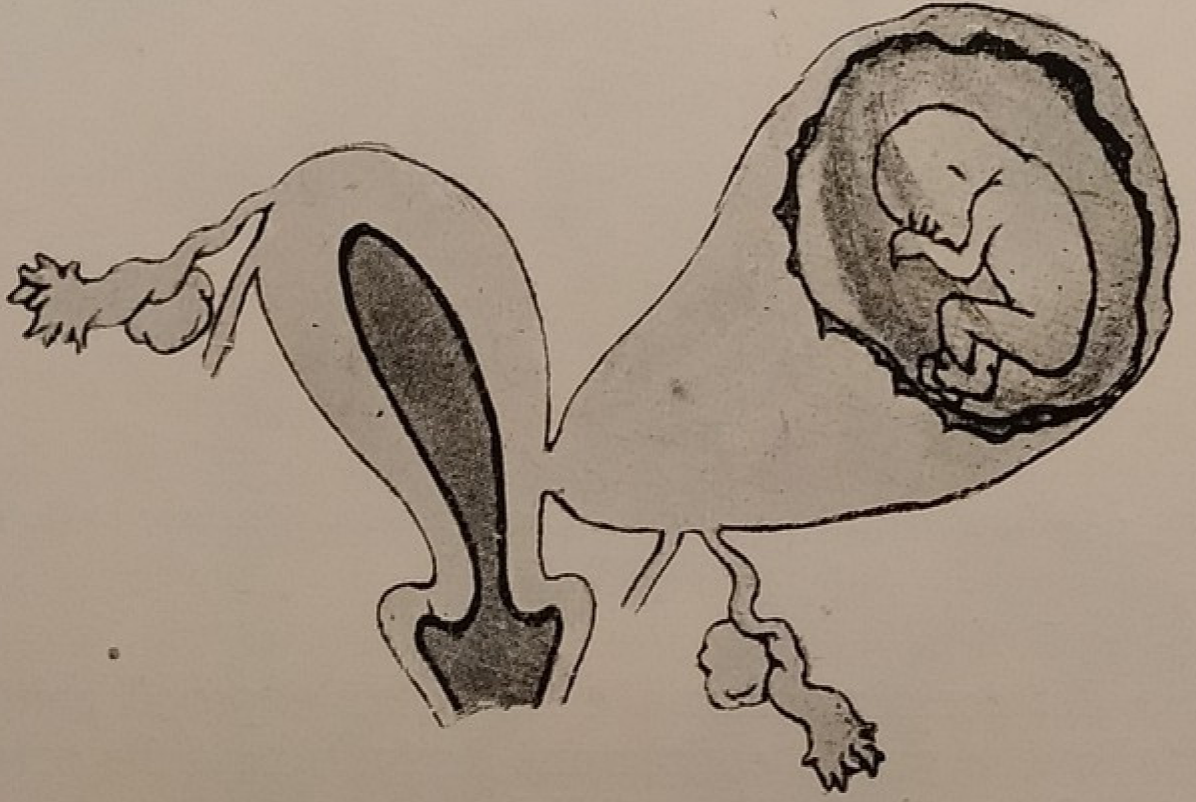


FIG. 197. – Gravidanza in un corno rudimentario (da COLOMBINO).

a lungo dalle donne e dopo molto tempo finisce per dare il reperto obiettivo di un tumore annessiale calcificato.

Nella gravidanza extrauterina va anche ricordata una relativa frequenza nella recidiva (dal 5 al 10 %), non sufficiente però a fare generalizzare nella cura operativa l'asportazione anche dell'altro annesso, poichè i casi di gravidanza regolare pur dopo la gravidanza extrauterina sono sempre la grande maggioranza.

Una diagnosi spesso non possibile e che ad ogni modo non cambia l'indirizzo curativo è quella delle *emorragie ovariche*.

L'ovaio può essere punto di partenza di emorragie libere nella cavità addominale; esse originano dallo scoppio di un follicolo; qualche volta può trattarsi della rottura di un endometrioma. I sintomi sono analoghi a quelli della rottura di una gravidanza tubarica. Dolore violento, anemia acuta, più o meno accentuata, segni di emorragia interna, libera o incistata nel Douglas, reazione peritoneale. E poichè pure in gravidanze extrauterine vere e proprie, si può avere la crisi anche senza una vera e propria amenorrea, la diagnosi precisa non è quasi mai posta, prima dell'intervento operativo, ma si potrà se mai sospettare in qualche caso, in cui sia possibile escludere con certezza ogni possibilità di rapporto sessuale.

Il corioepitelioma.

Rappresenta la conseguenza di un innesto nei vasi materni di elementi epiteliali dell'uovo (epitelio coriale), elementi che nei vasi stessi trovano condizioni favorevoli a un loro sviluppo autonomo. Ne sorge così una neoplasia che attacca le pareti vasali e invade i tessuti circostanti acquistando un carattere di altissima malignità (Pestalozza).

Fig. 198. – Corioepitelioma: piccolo nodo emorragico ulcerato; ovaie cistiche (da Pestalozza)

La storia del corioepitelioma è importante per il contributo fondamentale italiano e per la concezione derivatane della origine ovulare di tumori e di intossicazioni gravidiche.

Le tre date principali sono:

1888, prima osservazione anatomica di un caso da parte di Sänger;

1891, prima descrizione di un quadro clinico ed anatomopatologico, che ancora oggi è confermato, e prima dimostrazione della possibilità che elementi ovulari determinino metastasi nell'organismo materno; e tutto ciò è dovuto a Pestalozza, che anche in seguito doveva seguitare ed essere il più lucido illustratore di tale neoplasia;

1895, unificazione in un unico quadro anatomopatologico ed istogenetico di tutti i casi fino allora descritti, e questo fu opera di Marchand, dal quale data la denominazione di corioepitelioma.

Focolaio primitivo è quasi sempre l'utero ed anzi il corpo, ma talora lo si vide sul collo o anche fuori dell'utero (C. ectopico).

Per lo più si palesa qualche mese dopo un parto od un aborto; nel 50 % dei casi ha come precedente una mola vescicolare; eccezionalmente si presenta già durante la gravidanza; ci sono poi dei *corioepiteliomi a lunga latenza*, in cui la fase gravidica ultima risale a più anni.

Nell'utero si presenta in maniera molto varia anche secondo lo stadio in cui è sorpreso. Talora appare come un tumore rilevato, di piccole dimensioni, di aspetto emorragico, spesso ulcerato; il corpo dell'utero suole essere ingrossato; nei casi più avanzati il volume è maggiore; gran parte del miometrio può essere infiltrato da un tessuto che ha caratteristiche alternative di zone emorragiche con zone necro-

tiche giallognole, grigiastre, friabili; la infiltrazione può giungere fino alla sierosa peritoneale e ulcerarla; verso l'interno la mucosa può apparire integra, per lo meno nella maggior parte della superficie.

Nei rari casi di localizzazione cervicale il tumore ha determinato un aumento di volume con un colorito bruno-rossastro e una consistenza molliccia; l'aspetto è stato paragonato a quello di un frammento di

FIG. 199. – Corioepitelioma; grosso nodo infiltrato nel miometrio (da PESTALOZZA).

placenta; tutto l'utero poi si mantiene grosso, molliccio, pur a distanza di mesi dalla fase gravidica.

Ad ogni modo solo l'esame istologico potrà assicurare sulla diagnosi come per le localizzazioni endouterine che nelle fasi iniziali saranno diagnosticate con certezza solo mediante il raschiamento diagnostico; questo non occorrerà per i casi più evidenti, sia per la sintomatologia, sia per la presenza delle metastasi, le quali ultime rappresentano una particolarità del quadro anatomopatologico, pure illustrata in modo definitivo dal Pestalozza.

Tipica è la disseminazione vaginale, sotto forma di nodi di varia dimensione, di colorito sempre cianotico, a volte ulcerati, sempre con tendenza ad un accrescimento rapidissimo. L'embolismo retrogrado è facilitato dalle ampie anastomosi venose fra i plessi uterini e vaginali.

In ordine di frequenza, dopo le vaginali, vengono le metastasi polmonari, che non mancano mai nei casi avanzati tanto da costituire parte precipua nel quadro clinico; ma ci sono metastasi pure nel fegato e nel cervello con certa frequenza, senza dire che se ne sono viste in quasi tutti gli organi del corpo.

Nella sintomatologia domina il fatto emorragico in un periodo più o meno vicino a una mola vescicolare, ad un aborto, o a un parto.

Si aggiunge precocemente uno stato anemico, sproporzionato alla entità delle emorragie iniziali; l'utero si mantiene grosso e cresce, di solito non più che come al III mese. All'inizio si potrebbe pensare ad una subinvoluzione uterina o alla ritenzione di frammenti ovulari ma, ove non intervenga prima un provvidenziale esame microscopico, ci metteranno in guardia la insistenza delle emorragie, lo stato precocemente anemico, e il primo comparire di noduli bluastri vaginali. Non bisogna attendere la conferma, che verrebbe tardiva ai fini della

Fig. 200. – Corioepitelioma dopo 3 anni da una mola vescicolare; infiltrazione diffusa del miometrio nella metà posteriore (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

guarigione, dalle metastasi polmonari dimostrate dalla insorgenza di dolori puntori toracici, sputi sanguigni, tosse (questa suole essere tardiva, già prima compaiono gli sputi striati di sangue). Nella fase finale il quadro clinico è spesso dominato dalla sintomatologia polmonare, il che spiega come nelle prime osservazioni si facesse diagnosi di tubercolosi. Nè del resto differenziabile è il quadro radiografico per lo meno agli inizi se non si sia già in sospetto.

Il decorso è fatalmente progressivo. Da ciò la necessità di una diagnosi tempestiva in modo da poter fare la isterectomia e la asportazione delle metastasi vaginali prima della disseminazione a distanza.

La diagnosi precoce è più facile nei casi susseguenti a mola vescicolare; la nozione che in un 10 % di mole si può avere tale esito serve già a mettere in guardia e si ricorrerà presto al raschiamento. Fondamentale il fare l'esame microscopico. La trascuranza di esso potrebbe essere fatale.

Così fu in un caso recente, dove passarono più mesi dopo il raschiamento, cullandosi il medico ed i famigliari nella speranza della guarigione, poichè erano cessate le emorragie; solo il comparire e il crescere a vista d'occhio di nodi vaginali e vulvari fece alfine venire da noi la donna, ma con i segni ormai evidenti della diffusione polmonare. Il tentativo di operare ci parve

ugualmente doveroso e speravamo di più nella efficacia della radioterapia (1). Se il materiale abbondante, in parte grigio-giallognolo friabile in parte ematico, estratto con il raschiamento, proprio così ben descritto dal medico, ossia già nettamente tipico, per chi conosca il corioepitelioma e per chi almeno ci pensi, fosse stato inviato per l'esame istologico si sarebbe intervenuto certo in tempo utile.

Codesto caso ci provò anche la possibilità che al raschiamento possa seguire una diffusione metastatica più accentuata della neoplasia, il che deve renderci guardinghi nella stessa esecuzione di esso: o farlo solo proprio nei casi dubbi o non tardare nella immediata cura definitiva demolitrice se il sospetto sia confermato.

È inoltre da rammentare che l'indagine istologica va affidata a persona competente; la istografia gravidica richiede specifico addestramento. Quanto poi alla struttura del tumore esso presenta un nucleo centrale di ammassi cellulari contornati da uno spesso orlo sinciziale nel quale è costante una vacuolizzazione più o meno accentuata; nella zona periferica si fanno evidenti i caratteri distruttivi della neoplasia, che nell'utero attacca e distrugge specialmente le fibre muscolari e le pareti vasali. Nel nodo corioepiteliomatoso è fatale la tendenza alla necrosi, che si inizia alla parte centrale, il che fa pensare alla possibilità generica di una guarigione spontanea che però clinicamente non avviene se non eccezionalmente, tanto da non doverla prendere in considerazione, dato che prima della necrosi di un nodo altri se ne istituiscono e si disseminano per le vie sanguigne.

Il corioepitelioma fu visto seguire anche alla gravidanza extrauterina. Come nella mola vescicolare, sono state viste spesso (nel 50 %) delle lesioni policistiche ovariche.

Le complicazioni neoplastiche e flogistiche della gravidanza.

La gravidanza può coesistere con i più vari tumori della sfera genitale.

In ordine di frequenza troviamo i fibromi uterini, i tumori dell'ovaio e del parovaio, il cancro del collo dell'utero; con una certa frequenza si trovano pure dei polipi mucosi del collo.

Circa ai fibromi dell'utero già si disse delle modificazioni a cui vanno incontro per il fatto della gravidanza: tendenza ad accrescimento seguita da facile regressione nel corso della involuzione puerperale dell'utero; spostamenti di sede (da interstiziale a sottosierosa) e di livello, fatti regressivi fino alla necrosi settica nel puerperio infettivo.

Nei rispetti della gravidanza abbiamo da ricordare le difficoltà ad insorgere (è abbastanza frequente la sterilità); la possibile localiz-

(1) La radioterapia non valse a impedire l'ulteriore evoluzione delle masse polmonari, mentre localmente, dopo 5 mesi dalla larga estirpazione della vagina, non si era avuta alcuna riproduzione.

zazione tubarica, la interruzione abortiva o ad epoca prematura, la anomala inserzione della placenta; le presentazioni anormali, la inerzia nel travaglio, la difficoltà nel secondamento (fino a dover talora ricorrere alla laparotomia per estrarre gli annessi); le emorragie *post-partum* (inserzione placentare sul fibroma sottomucoso, che non è adatto a retrarsi) (1); le infezioni del tumore nel puerperio; oltre ai fatti meccanici di ostruzione delle vie del parto se il tumore sia a sede bassa, cervicale. Tutte complicazioni che sono a lungo descritte nei manuali di ostetricia.

Nei tumori ovarici si tratta per lo più di neoplasie cistiche unilaterali (da cisti semplici, di piccole dimensioni, dermoidi, a grandi cistomi ovarici) (pag. 240); più di raro sono tumori solidi, del tipo dei fibromi; mentre i cancri ovarici portano più spesso a distruzione del parenchima ovarico funzionante in misura tale da sopprimere la fecondità.

Si è già accennato alla possibilità di torsioni sul peduncolo, di rottura o necrosi, di emorragie endocistiche con le reazioni peritoneali consecutive, che rendono opportuno, in ogni caso diagnosticato, un intervento operativo, per togliere il tumore.

Circa alle conseguenze sulla gravidanza dovremmo ripetere che esse vanno dalla difficoltà al suo insorgere, alla gravidanza extrauterina, all'aborto, alla anomala presentazione del feto, al parto prematuro, alla difficoltà meccanica del parto, se il tumore ingombri le vie pelviche.

La diagnosi della complicazione gravidica con i vari tumori addominali è facile quando si conoscano già i precedenti della singola malata e si sovrapponga poi la notizia di una amenorrea con i fenomeni gravidici consueti. Quando invece manchino tali elementi si possono trovare delle difficoltà a volte insormontabili. È qui che rende il migliore servizio la prudente attesa e il ripetere degli esami a distanza di tempo; quando, si intende, non si sia di fronte ad una crisi acuta, come nella torsione o nella necrosi, ecc.

L'accennare a tutte le possibili diagnosi differenziali ci porterebbe troppo in lungo, e in qualche caso, anche ricordandosene, il medico pratico finirà per sbagliare, come può sbagliare del resto lo specialista provetto.

---

(1) Ne vidi un interessante caso a Roma, in una signora che avevo curato al III mese di gravidanza per grave metrorragia e coliche uterine intense. I dolori erano stati così violenti da ricorrere alla morfina; la emorragia genitale tale da richiedere a due riprese un tamponamento cervicale; la seconda volta anzi ci si era preparati a svuotare l'utero dopo tolto lo zaffo. Si rimandò ancora avendo trovato il collo rigido chiuso e intanto avvenne che la emorragia non ebbe più a ripetersi e nemmeno più tornarono i dolori. Alla donna in passato era stato riscontrato un tumoretto fibroso e non avvertendolo alla superficie si pensò che si trattasse di una estrinsecazione sottomucosa di esso. Questo sospetto ebbe conferma nel momento del parto, che si fece avvenire in clinica appunto per paura di complicazioni. L'espulsione del feto fu regolare, abbastanza rapida; il secondamento invece ritardò e fu emorragico; la spremitura fu dovuta aiutare col secondamento manuale e la mano avvertì distintamente che parte della placenta era inserita su un nodo tondeggiante che sporgeva nella cavità uterina. Il distacco parve però completo. Ma la perdita di sangue non ebbe tendenza a cessare, nemmeno col tamponamento; sicchè dopo 4 ore dal parto, essendosi la donna molto anemizzata, si ricorse alla isterectomia.

Aperto l'utero asportato si vide nella faccia posteriore sporgere in cavità un fibroma grosso come un arancio e la superficie di esso presentava qua e là qualche villo coriale.

Il caso è interessante come documento di emorragie *post partum* per fibroma uterino, e come esempio, raro, di una estrinsecazione sottomucosa del fibroma avvenuta in gravidanza e purtroppo senza provocare l'aborto.

Poichè d'altronde sono tutte malate che vanno ospedalizzate, la importanza dell'affinare senz'altro la diagnosi non è grande; basta che il medico pratico si ricordi della possibilità della associazione e della conseguente possibilità di complicazioni per non far perdere tempo inutile in casi in cui il soccorso è urgente (torsione del peduncolo, necrosi, rottura, ecc.).

Meno spesso troveremo dei cancri uterini in gravidanza. Possiamo intanto ricordare che non si conoscono *cancri del corpo* concomitanti a gravidanza; anzi si sa che una fase gravidica recente può talora essere utilizzata nella diagnosi differenziale fra adenoma e adenocarcinoma dell'endometrio, facendoci escludere questo ultimo, tanto è eccezionale che esso insorga a poca distanza da una gravidanza (ciò può avvenire con un tumore a tipo sarcomatoso).

Invece possibile è la coincidenza del cancro del collo; non frequente tuttavia, perchè c'è innanzi tutto una sconcordanza nella età di elezione dei due fatti; il tumore predilegendo un'età (verso i 40 anni) in cui la fecondità va riducendosi; poi perchè il materiale di sfacelo del cancro non appresta buone condizioni di vitalità all'elemento fecondante, senza dire che nelle fasi evolute gli stessi rapporti sessuali sono sospesi, sia per le perdite fetide, sia perchè causa di emorragie.

Ad ogni modo la coincidenza esiste in un certo numero di casi; forse uno su 10,000 gravidanze; ed è importante ricordare trattarsi allora di forme gravi, perchè ad andamento rapido, con estrema facilità a recidive, sia postoperatorie, che dopo cure attiniche; tale tendenza a rapida diffusione acquista un massimo nel puerperio.

Bisogna ricordarsene per mettere sull'avviso circa alla prognosi, e anche per intervenire il più presto possibile, non trascurando i primi segni, che purtroppo, in mancanza dell'esame locale, sarebbe facile scambiare per semplici minacce di aborto.

Nei rapporti inversi della influenza sulla gravidanza, possiamo dire che si può avere l'aborto, il parto prematuro, e che talora insorgono complicazioni nel parto per difficoltata dilatazione, tanto che si è dovuto ricorrere anche al taglio cesareo. Questo di solito sarà demolitore, sia per asportare il tumore, sia, anche a tumore diffuso, per togliere la possibilità di una infezione uterina facile nel cancro che è quasi sempre portatore di germi settici. Non diversamente dal cancro del collo si comporta nella gravidanza il più raro sarcoma del collo.

Ne vidi una forma racemosa che rispose ottimamente in primo tempo alla radioterapia intensiva: ma in seguito, dopo il parto, decorso regolare, ebbe una rapida ripresa con diffusione a tutto il bacino e la morte successiva dopo pochi mesi.

In tutt'altro campo si va, ricordando i polipi mucosi in gravidanza. Essi sono un reperto di una certa frequenza; di solito sono denunziati da qualche emorragia sia spontanea che traumatica; istologicamente hanno tendenza ad assumere delle modificazioni gravidiche nello stroma (reazione deciduosimile) e nelle ghiandole (iperplasia e rigogliosa stratificazione delle cellule di rivestimento); anche aumenta la congestione sanguigna.

Quando sono ad inserzione alta nel corpo possono facilitare una interruzione abortiva della gravidanza; nei più comuni casi, cervicali, non c'è di solito conseguenza di rilievo e si possono facilmente asportare senza alcun traumatismo, con vantaggio della gravidanza.

Associazioni flogistiche con la gravidanza si hanno sia nelle vie inferiori che a carico degli annessi.

Il decorso clinico delle vulvo–vagino–cerviciti non differisce nelle linee fondamentali da quello che le singole forme presentano fuori della gravidanza; ne va però tenuto conto, perchè nel momento del parto ne potrebbero derivare complicazioni settiche, sia locali, sia con tendenza a risalire più in alto o a generalizzarsi per effetto di manovre o anche spontaneamente: nelle forme blenorragiche ricordare anche le possibili conseguenze sul feto (oftalmoblenorrea).

Una sola particolarità si accenna riguardo alla blenorragia; i condilomi acuminati, che l'accompagnano spesso, e che del resto possono avere anche altra etiologia, hanno dalla gravidanza uno stimolo ad accrescimento cospicuo fino a divenire dei veri tumori.

Più importante è lo studio delle forme flogistiche annessiali.

È noto anzitutto che proprio le lesioni annessiali ed i loro postumi figurano fra le cause di sterilità sia primaria che secondaria.

E spesso sono causa di sede ectopica della gravidanza, sia per le modificazioni nel lume tubarico, sia per le deformazioni del decorso, date dalle aderenze periannessiali, sia per la struttura stessa della parete, lesa nella mucosa (assenza delle ciglia vibratili), sia nella muscolare (movimenti peristaltici minorati); spesso si ha allora il meccanismo della migrazione esterna dell'uovo.

A volte tuttavia la gravidanza uterina può insorgere dopo un accertato processo flogistico; sopratutto se si sia trattato di una forma settica puerperale o di una forma blenorragica; meno spesso ciò è possibile nella tubercolosi, sia perchè le lesioni acquistano carattere più decisamente distruttivo, sia perchè si ha compagna la ipoplasia dell'utero.

Una volta insorta la gravidanza si hanno spesso dolori da stiramenti delle aderenze periannessiali, che talvolta portano ad interruzione di gravidanza; a volte invece si ha un progressivo rammollimento delle aderenze, sicchè in definitiva la gravidanza con la sua congestione e il rammollimento edematoso ad essa legato agisce beneficamente sui postumi del processo.

Non sempre è così purtroppo; si sono avuti casi in cui le aderenze, rompendosi in gravidanza o in parto, hanno provocato delle emorragie imponenti; e altri in cui i nuovi rapporti consecutivi allo spostarsi dell'utero gravido hanno determinato delle occlusioni intestinali.

Se questo succede per le forme ormai spente del tutto, peggio è per le annessiti ancora recenti o in atto: esse acquistano un decorso più grave, progressivo, specialmente nelle forme suppurative, e c'è inoltre sempre la possibilità di una rottura della sacca purulenta nel grande addome, sopratutto nel parto, che suole essere anticipato, spesso abortivo. Sono casi importanti anche dal lato medico-legale,

perchè la infezione peritoneale e salpingea in una puerpera di aborto potrebbe far sospettare tentativi di aborto criminoso, dove era invece preesistente una annessite.

Fig. 201. – Gravidanza al VI mese; peritonite tubercolare e salpingite bilaterale papillare ampollare ed istmica (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

Ho ricoverato alla clinica l'anno scorso nel corso di un aborto al IV mese una donna che avevo curato pochi mesi prima per una diffusa peritonite

Fig. 202. – Lo stesso caso; faccia anteriore dell'annesso destro; evidente la notevole tumefazione di tutta la tromba e l'aspetto papillare del padiglione (*Clinica Ost. Gin. di Bari*).

pelvica, a forma gravemente febbrile. La gravidanza era stata regolare per i primi due mesi, poi complicata da emorragie e da dolori: l'utero si sentiva vincolato da aderenze; la donna nonostante il consiglio datole venne in clinica

solo dopo 5 giorni dalla rottura del sacco e dopo ripetuti tamponamenti, con 40°; lo svuotamento dell'utero fu agevole, ma una peritonite pelvica, risvegliatasi subito, la trasse poi a morte.

Queste annessiti complicanti la gravidanza sono talora preesistenti e acutizzate poi; ma altre volte si è potuto provare che l'infezione della tromba è avvenuta dopo la fecondazione, per lo più traverso le vie linfatiche, nelle forme ascendenti, meno spesso o per via ematica o per contiguità dall'intestino (specialmente nell'appendicite) o per diffusione peritoneale (1).

Un caso recente ho avuto occasione di vedere in una multipara, che era sofferente di peritonite tubercolare a forma ascitica e plastica assieme (si erano formati degli pseudotumori specialmente nelle parti alte dell'addome) e che nel corso della malattia era rimasta gravida. Quando io la vidi, la gravidanza era giunta al VI mese; le condizioni erano gravissime, la tensione addominale notevole; mi parve esserci una indicazione vitale ad intervenire: trovai l'utero con gli annessi profondamente malati, vincolati alla pelvi, con infiltrazione anche parametrale e nella sierosa uterina; l'utero era mantenuto col grande asse trasversale; dopo il distacco delle aderenze e degli annessi lo si potè estrinsecare e allora acquistò subito una forma ovoidale longitudinale; le due trombe sono nelle parte istmica e ampollare trasformate in due masse grosse come un uovo, per infiltrazione parenchimatosa e vegetazioni papillari, che hanno un massimo al padiglione; l'aspetto cioè della tubercolosi papillare anche endosalpingea; la estensione della lesione poteva anche far pensare a un processo preesistente alla gravidanza, se non ci fosse stata la storia della malata a chiarire il decorso. La gravidanza in questo caso favorì forse e certo determinò un aggravamento della localizzazione tubarica.

La complicazione della gravidanza con una annessite deve quindi richiamare la nostra attenzione, ed essere oggetto di sorveglianza e di cure speciali. Bisogna ricordare anche le possibili difficoltà diagnostiche per gli spostamenti laterali dell''utero, per le tumefazioni residue annessiali e le conseguenti possibilità di scambi con una gravidanza tubarica.

---

(1) È interessante la statistica raccolta da Dallera (*Folia Gynaecologica*, 1926, Vol. XXII, f. 1); su 101 casi: 56 capitarono all'osservazione nella I metà della gravidanza; 27 nella II metá, 18 in puerperio. In 25 casi del I gruppo la lesione annessiale preesisteva alla gravidanza, la diagnosi precisa fu il più spesso operatoria o di autopsia: si ebbero scambi diagnostici con gravidanze extrauterine, peritiflite, idronefrosi, cisti ovarica suppurata, ileo, mioma. Dei 56 casi 36 guarirono, 20 morirono.

LE ASSOCIAZIONI PLURINEOPLASTICHE E NEOPLASTICHE-INFIAMMATORIE

I quadri clinici delle varie lesioni ginecologiche, sommariamente tracciati nei capitoli precedenti, possono con una certa frequenza sovrapporsi fra di loro. Si osservano cioè spesso associazioni di più fatti morbosi, o di natura affine o diversa, nello stesso organo o in visceri vicini, ed anche all'infuori della sfera genitale (vescica, appendice, sigma, ecc.).

Per molte associazioni si tratta di una semplice coincidenza senza legame causale; per altre, nel campo oncologico sopratutto, s'invoca talora una generica disposizione neoplastica dell'organismo; per certe infine è presunta o dimostrata una diretta interdipendenza.

È chiaro che spesso le associazioni neoplastiche e neoplastiche-infiammatorie possono rendere più complesso il quadro clinico, possono quindi portare a diagnosi incomplete, quando uno degli elementi predomini o più attiri l'attenzione del ginecologo e possono a volte portare a errori diagnostici, donde spesso anche errato indirizzo terapeutico; non manca, per converso, qualche caso in cui l'associazione può chiarire un quadro clinico dubbio.

È bene perciò soffermarci un momento su codeste associazioni. Sono possibili, come ben s'intende, tutte le combinazioni e sarebbe, perciò, oltre che lungo, noioso e inutile l'enumerarle partitamente; ci basterà invece accennarne alcune, fra le più frequenti, e che abbiano un più importante riferimento pratico.

Prendiamo ad esempio *il fibroma dell'utero*. Esso fu visto associato a tutte le malattie flogistiche e neoplastiche dell'utero e degli annessi, come pure alla gravidanza sia intra che extra-uterina. Bisogna ricordarsene, sopratutto dal punto di vista terapeutico.

Può capitare, ad esempio, l'associazione del fibroma, con dei polipi mucosi cervicali o con un cancro ancora iniziale della *portio*, e questi potrebbero sfuggire se l'esame non fosse completo e si limitasse a constatare l'aumento di volume dell'utero.

Pochi mesi fa vidi qui una signora che era stata sottoposta a isterectomia subtotale per fibroma uterino da uno dei più distinti ginecologi; essa pochi mesi dopo veniva da me perchè notava delle macchie rossastre dopo i rapporti sessuali, come aveva anche prima della operazione. In quel caso all'operatore

polarizzato verso il male maggiore era sfuggita la presenza di un discreto polipo mucoso cervicale che fu bensì agevole asportare con successivo benessere della malata, ma che rese però dubbiosi i famigliari sulla scrupolosità del primo operatore.

Peggio è nei casi, in cui esistano delle lesioni cancerose del collo e che esse passino inosservate. La lunga discussione che si svolse fra i partigiani della isterectomia totale e della subtotale si basava fra altro sulla possibilità appunto del cancro del moncone residuo. Ora se esistano note anche dubbie o cosidetti stadi precancerosi, è bene asportare pure il collo.

Alla possibile associazione di vegetazioni adenomatose dell'endometrio o alla coesistenza di adenocarcinoma del corpo bisogna pensare quando nella sintomatologia consueta del fibroma si associno delle perdite irregolari intermestrue, o quando esse compaiono nella menopausa; dal lato operativo terapeutico poi bisogna tenerne conto per non sottoporre a radioterapia tali casi: si avrebbero degli insuccessi o si farebbe addirittura del male dando una dose troppo debole sicchè il tumore maligno accentuerebbe il suo accrescimento.

Analoghe considerazioni dal punto di vista terapeutico si potrebbero fare nella complicazione dei fibromi con le annessiti o con i tumori ovarici.

A proposito delle lesioni annessiali va ricordata la relativa frequenza di esse, sia da patogenesi solita come senza la complicazione fibromatosa, sia in rapporto di dipendenza dello stesso tumore attraverso le modificazioni circolatorie, i fatti congestizi, e di reazione peritoneale, con i quali si suole interpretare la insorgenza di occlusioni tubariche, di idrosalpingi, di periannessiti fibrose, quando manchi la dimostrazione di uno degli elementi etiologici abituali.

Anche è bene ricordare, più rara ma perciò più interessante, la possibile associazione con la tubercolosi, sopratutto perchè essa potrebbe deviare dalla diagnosi corretta dato che ne derivi una amenorrea primaria o secondaria.

In alcuni casi da me osservati si era avuta una atresia completa dell'endometrio e, pur trattandosi di donne rimaste sempre amenorroiche, si erano sviluppati, proprio nella solita età attorno ai 40 anni, dei voluminosi fibromi. (V. in *La Clinica Ostetrica*, 1926, n. 4).

Il *cancro del corpo dell'utero* è stato trovato associato con i fibromi e per questa associazione era stato invocato un rapporto di causalità nel senso che il cancro sarebbe secondario allo stimolo irritativo cronico esercitato dal fibroma.

Frequenti sono le associazioni con tumori maligni dell'ovaio; per lo più questi ripetono un'uguale struttura e i rapporti di interdipendenza sono tali che ne sogliamo tenere gran conto nelle direttive diagnostiche e terapeutiche. Dal lato terapeutico la pratica ha infatti insegnato di fare la isterectomia complementare nei tumori maligni bilaterali dell'ovaio, e viceversa di non lasciare mai in sito le ovaie quando si proceda alla isterectomia per cancro del corpo. Dal lato diagnostico poi il comparire di perdite irregolari dall'utero in una donna

che presenti dei tumori ovarici può portarci a sospettarne la malignità. Ed il sospetto potrebbe facilmente essere convalidato quando una biopsia preliminare dell'endometrio ci desse la certezza istologica di una lesione neoplastica di esso. Non sempre è possibile stabilire se sia primario il tumore dell'ovaio o dell'endometrio, ma importante sempre dal lato clinico è ricordare la coincidenza.

Più rara, ma possibile, è la contemporanea presenza del cancro del corpo con quello del collo; relativamente frequente è invece trovare

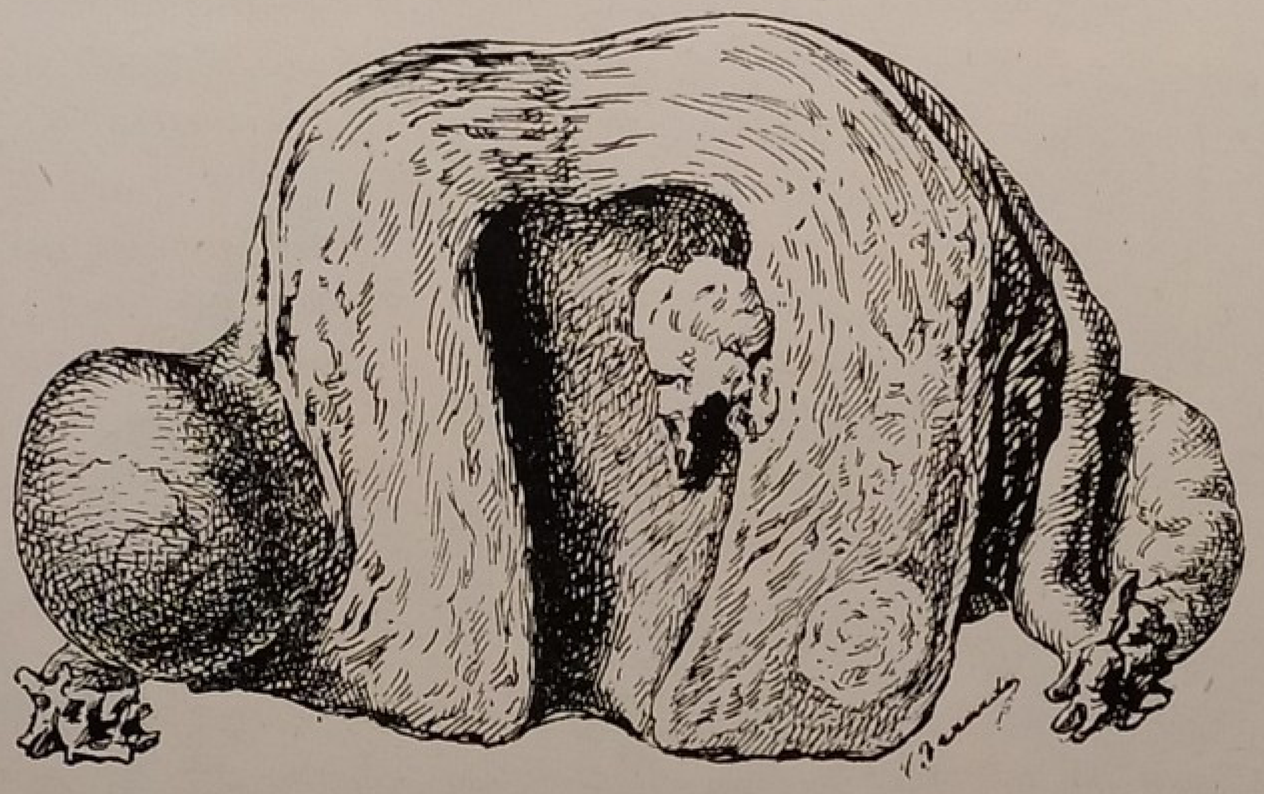


FIG. 203. – Cancro iniziale del corpo, metrite, fibroma interstiziale e cisti ovarica.

disseminazioni cancerose vaginali; ma qui si tratta non di associazione neoplastica, bensì di nodi metastatici; è utile comunque ricordarlo, perchè la presenza dei nodi vaginali, facilmente rilevabili, può rendere facile la diagnosi della lesione uterina, anche senza bisogno di accertamenti istologici.

Fra le associazioni eccezionali del cancro del corpo, ricordiamo ancora la tubercolosi del miometrio o del collo.

Il cancro del collo è stato visto assieme con tumori fibrosi dell'utero e con tumori ovarici.

Più importanza ha la possibile associazione con fatti flogistici sia cervicali sia parametrali o annessiali. L'accenno dell'importanza dei fatti flogistici va messo sopratutto in rapporto con la diagnosi di operabilità di quel dato cancro. Aderenze periannessiali e più ancora infiltrazioni parametrali potrebbero dare come conseguenza una fissità dell'utero, tale da farci pensare che esso fosse ormai oltre i limiti di ogni operabilità.

L'importanza di ciò è anche evidente dal lato prognostico o nella interpretazione di certi risultati terapeutici; avviene a volte che trovando i parametri diffusamente infiltrati si sia portati a credere che tutto sia neoplastico, mentre invece il decorso successivo ci farà pensare che per lo meno molto dell'infiltrazione era dovuto ad un fatto flogistico collaterale, in rapporto con una necrosi settica del tumore e vedremo allora dileguare l'infiltrazione, diventare magari mobile l'utero, ossia

farsi operabile il caso, dopo poche sedute di radiumterapia, col riposo e con le disinfezioni locali.

Fra le localizzazioni morbose che possono mentire talora, ma talora coesistere o formare un terreno di predisposizione all'epitelioma, bisogna ricordare la sifilide.

La gravidanza extrauterina può pure trovarsi associata ad altre condizioni fisiologiche e patologiche dell'apparato genitale tali da oscurare il quadro. Ricordiamo i rari casi di gravidanza uterina contemporanea,

FIG. 204. – Cancro del corpo uterino; con metastasi all'ovaio (*Clinica Ost. Gin. di Roma*, da MARINO).

ma sopratutto i tumori dell'utero e degli annessi (adenomiomi, fibromi, cisti); i processi flogistici pregressi di natura varia, sia puerperale che gonococcica e perfino tubercolare; troviamo inoltre la associazione con perturbamenti dello sviluppo (utero bicorne) oppure con ipoplasie utero–annessiali.

In tutte codeste contingenze morbose la coincidenza giuoca di solito notevole parte della etiologia della anomala inserzione dell'uovo, ma se viene invocata a spiegarla, concorre a rendere talora dubbiosi, anche quando sia noto in antecedenza il processo patologico.

Prendiamo ad esempio il caso di una malata di cui sappiamo che ha avuto un passato di flogosi annessiale da blenorragia coniugale e che ne ebbe come conseguenza un lungo periodo di sterilità; dopo tanti anni di mancato concepimento, sia la malata che il medico portano con più difficoltà il pensiero ad una possibile fase gravidica e se mai invece tenderà il medico a riferire alla lesione annessiale la tumefazione che sia fatto di trovare a lato dell'utero, sopratutto se manchi una vera amenorrea, come pure talora può avvenire.

Ci sono casi in cui si resta davvero incerti e solo la puntura esplorativa del fornice può chiarire il quadro; le direttive solite della febbre, più propria delle annessiti, e della irregolarità mestruale, più propria della gravidanza tubarica, può infatti prestarsi a erronee interpretazioni.

Anche la coincidenza di tumoretti ovarici del tipo delle cisti luteiniche può dare motivo a equivoci diagnostici e se ne tenne già parola, riportando casi di aborti uterini operati per gravidanze extrauterine e di credute cisti complicanti la gravidanza.

Una associazione morbosa frequente è quella della *ipoplasia uterina* con la stenosi del collo, la antiflessione rigida e la retroversione, lo scarso sviluppo dei fornici e la deficiente funzionalità ovarica. Qui si tratta della espressione simultanea di una stato ipoplasico in rapporto o con disfunzioni endocrine e con un infantilismo generale, oppure della conseguenza di un vecchio processo flogistico localizzato.

Il ricordo che qui se ne fa ha sopratutto la ragione di mettere in guardia dall'errore di considerare uno solo degli elementi diagnostici; il che ha importanza, per esempio, terapeutica poichè anche se volessimo dilatare il canale cervicale stenotico, dovremmo ben aggiungere delle cure volte a influire sul trofismo dell' utero, sotto pena di veder fallire la cura. Anche bisogna ricordarsene per non pensare ad errore di colleghi, come è talvolta portato a fare il pubblico grosso, quando crede di vedere una grave divergenza diagnostica fra espressioni che sono invece in fondo concordanti, con questo solo che si riferiscono per lo più a un lato del reperto, invece che a tutti. Molto dipende dalla consuetudine verbale del singolo medico. Troveremo chi parla a preferenza di utero piccolo, chi di utero stretto, chi di utero storto, chi di antiflessione esagerata o rigida, ecc., e son tutte caratteristiche associate, per lo più racchiuse nella più comprensiva denominazione di utero infantile.

Un'associazione in cui è evidente la interdipendenza vediamo nei casi di *prolasso dell'utero*. Anche non tenendo conto del cosidetto prolasso sintomatico dei tumori addominali in genere, noi sappiamo già *a priori* che avremo la possibile associazione con lacerazione perineale, da parti pregressi, con una retroflessione dell'utero, con uno stato astenico generale che predispone alle ptosi.

La associazione è qui in gran parte anche elemento patogenetico: lo sfiancamento dei muscoli perineali favorisce infatti il *descensus* della vagina, della vescica, del retto, dell'utero; la retroflessione a sua volta, annullando l'antitesi fra la direzione dell'asse uterino e quella dell'asse vaginale e portando entrambi a coincidere, favorisce la discesa dell'utero stesso. Ed ecco che dal lato terapeutico dovremo ricordarci di ricercare anche codesta coincidenza per eliminarla, se vogliamo un risultato permanente della nostra plastica.

Una coincidenza frequente, importante ai fini diagnostici, è quella che si ha nei casi di *malconformazione dell'utero*, specialmente nell'utero bicorne o unicorne: l'apparato urinario presenta allora spesso profonde alterazioni fino alla mancanza congenita di un rene. I casi

di duplicità uterina, più o meno marcata, sogliono anche associarsi con setti longitudinali vaginali, più o meno completi; qui in realtà, non siamo in tema di associazioni morbose, ma piuttosto di una estensione della medesima anomalia di sviluppo; è utile però ricordarsene, perchè proprio il reperto di un setto vaginale potrà indirizzarci a riconoscere una malconformazione uterina, che avrebbe potuto, altrimenti, trarci in inganno, per esempio nella diagnosi differenziale fra gravidanza extrauterina e gravidanza in un corno impervio di utero bicorne; oppure fra un utero bicorne e un fibroma e così via.

Troppo a lungo porterebbe il riandare alle *associazioni morbose extra–genitali*; può bastare il ricordo, nel campo flogistico, che le infiammazioni genitali, sopratutto degli annessi si accompagnano sovente con lesioni dell'apparato urinario, del sigma, dell'appendice.

Le uretriti, le cistiti sono, per esempio, così frequenti da far parte della sindrome clinica dei processi infiammatori acuti genitali; d'altra parte è ben noto come deformazioni o spostamenti degli ureteri, per tumori benigni o maligni dell'utero, per infiltrazioni flogistiche, possono preparare delle pieliti, delle idronefrosi, ecc. Anche notissimo è il rapporto con le cosidette enterocoliti del sigma e i processi cronici annessiali di sinistra, sicchè spesso si stabilisce una specie di circolo vizioso fra l'una e l'altra affezione, nelle quali è tuttavia da ricordare, che di solito prima, nell'ordine cronologico, è la localizzazione dell'annesso e che quindi, contro questa, dovrà sopratutto essere portata la cura.

Utilissimo in codesti casi il conoscere bene i precedenti ginecologici, Ho visto in questi giorni una malata che, sofferente di dolori al quadrante inferiore sinistro e di stipsi, era stata dal clinico medico fatta sottoporre alla radiografia; concludendo poi per una diagnosi di mesenterite cronica e aderenze nell'ambito ileo–cecale e sigmoideo. Ora io avevo da oltre un anno avuto in cura quella donna per una lesione annessiale voluminosa, che era adesso giunta nella fase delle aderenze fibrose: non c'è dubbio che si tratta quindi di un fatto primario genitale se pure le sofferenze sono più intestinali.

Ancora più noti sono i rapporti della appendice con l'annesso destro, sicchè vediamo spesso la malattia contemporanea, talora primaria dell'appendice, talora invece, più spesso, della salpinge. La trasmissione è facilmente interpretabile, anche senza dovere invocare speciali disposizioni linfatiche, per i rapporti di contiguità della sierosa; è anche da aggiungere che molte volte non si ha una vera flogosi della appendice, ma solo una eso–appendicite, venendo l'appendice interessata nell'essudato flogistico periannessiale, che determinerà poi degli stiramenti, e magari una sintomatologia vera appendicolare.

Di tali connessioni troviamo esempi anche nella patologia fetale: un esemplare bellissimo osservai facendo, a Roma, l'autopsia di una neonata, con peritonite congenita: trovai la regione del cieco tutta disseminata da vecchie lacinie fibrose e da concrezioni calcaree; entro a queste era compreso l'estremo ampollare della tromba destra: ne veniva tutta stirata la tromba e con essa l'utero era deviato a destra e in alto. Il reperto è fissato nel seguente disegno fedelissimo (FIG. 205).

L'errore diagnostico fra appendicite ed annessite, può aversi sia nella forma cronica, sia nella forma acuta, quando in questa si sia avuta la rottura endo–peritoneale di un'ascesso tubarico od ovarico.

Equivoci diagnostici si sono spesso avuti, più o meno giustificabili, anche nel campo della gravidanza extrauterina destra.

È stata anche descrittà un'appendicite dismenorroica che è caratterizzata da crisi dolorose premestruali che vengono spesso riportate all'utero, mentre sede della lesione flogistica è l'appendice e non l'annesso,

FIG. 205. – Peritonite con peritiflite fetale; l'estremo ampollare della tromba è compreso e stirato nell'essudato.

sono anche noti i casi, in cui forme di appendicite frustra, cronica, di tiflocolite, presentano delle acutizzazioni ad ogni periodo mestruale; così come succede del resto per gli attacchi di colite muco-membranosa.

Circa alle *associazioni neoplastiche extra–genitali*, ci limitiamo a ricordare che è stata attirata l'attenzione sui blastomi utero-mammari, sì che è stato anche pensato (Magnani) che alla interdipendenza funzionale utero–mammaria corrisponda anche una interdipendenza patologica sì da giungere alla conclusione di diffidare di tutte le manifestazioni mammarie, che insorgono dopo interventi per neoplasmi sulla sfera genitale e viceversa.

Ed è inoltre e sopratutto ben nota, sotto il nome di tumore di Kruckenberg una varietà speciale di tumore maligno dell'ovaio, con l'aspetto di cancro colloide (caratterizzato da speciali *cellule a sigillo*, dovute a degenerazione mucosa di cellule grandi, con nucleo semi–lunare spinto ad un polo della cellula), nella quale si trovano contemporaneamente focolai neoplastici dello stesso tipo, in vari segmenti dell'apparato

digerente, sopratutto nello stomaco e nelle vie biliari e per i quali è dottrina prevalente che i focolai ovarici, per quanto talora più appariscenti, siano secondari, o per impianto diretto e per metastasi.

Anche in questo caso un ammaestramento terapeutico che deriva dal conoscere tale correlazione neoplastica fra organi digerenti e apparato genitale è che nel corso di un intervento operativo, per tumore ovarico o viceversa, bisogna affinare la indagine anche a distanza, in modo che non sfugga l'eventuale focolaio primario.

LA PATOLOGIA DELL'APPARATO URINARIO CHE PIÙ INTERESSA IL GINECOLOGO

I rapporti anatomici e patologici, che legano l'apparato urinario all'apparato genitale femminile sono tanti e così intimi, che non sarebbe compiuto ginecologo che non conoscesse a fondo quella che si potrebbe dire la urologia ginecologica.

Come non abbiamo potuto dare in *extenso* il dottrinale delle modalità della indagine urologica, che va studiata nei manuali speciali, così non daremo ora a questo capitolo lo sviluppo che dovrebbe avere per essere completo; ci limitiamo ad accennare alcune delle nozioni più elementari, che anche il pratico, che voglia cimentarsi alla piccola ginecologia, deve sapere; altri punti poi sono accennati nei singoli capitoli.

Cominciamo a segnalare i disturbi più comuni nella minzione, segnandone le cause più abituali.

Una frequenza eccessiva nella minzione – *pollachiuria* – possiamo avere:

per abitudine; per nervosismo; nella gravidanza iniziale o verso il termine; quando la parte presentata comincia ad impegnarsi; nella mestruazione; per malattie generali che diano poliuria (diabete, nefrite cronica); per anomalie della urina (eccesso di contenuto in fosfati od ossalati); per il passaggio di alcune droghe; nel cancro dell'utero, quando infiltra la mucosa vescicale; nei calcoli; nei papillomi, ecc.

La forma più classica di minzione troppo frequente è legata a fatti flogistici acuti, sia uretrali che della vescica; le cistiti acute sono fra le più moleste, perchè la minzione non solo è sollecitata ad ogni istante, ma è pure dolorosa.

Il disturbo opposto: *la ritenzione della urina*, può derivare da fatti funzionali o da fatti anatomici locali i più svariati, e può essere completa o parziale.

Non si vuole qui fermarsi sulle forme vere nervose, da lesioni del midollo spinale sopra il rigonfiamento bulbare (tabe, paralisi); ricordiamo invece quelle legate a stadi neuropatici o isterici che si presentano sopratutto nella mestruazione; ma più ci interessano quelle

dovute a compressione dell'uretra, da impegno della presentazione nel parto: da tumori retrocervicali, da tumori che occupano lo scavo, determinando spostamenti dell'utero e stiramenti dell'uretra, nella quale categoria sono comprese pure le tumefazioni flogistiche annessiali e parametrali oltre che peritoneali.

Dobbiamo aggiungere la facile ritenzione della urina dopo gli interventi operativi ginecologici, come dopo il parto, a favorire la quale potranno intervenire; il pregresso trauma sulla parete vescicale, la posizione inconsueta, il dolore, nelle plastiche (nelle quali specialmente è frequente la ritenzione, ecc.); fra le operazioni ginecologiche, quella in cui più tenace è la ritenzione, a parità di condizioni, è la isterectomia larga alla Wertheim per il trauma che subiscono vescica ed ureteri.

Nella gravidanza non va dimenticata la influenza della retroflessione che arriva a dare la impossibilità ad urinare di solito verso il IV mese e proprio i fatti vescicali, che sono i primi a comparire, diventano i più imponenti segni dell'incarceramento.

È superfluo soggiungere che la minzione può essere impossibile per cause locali, quali la presenza di calcoli, di corpi stranieri, di tumori o di restringimenti dell'uretra.

La minzione può essere *dolorosa* e per lo più ciò è sinonimo di fatto flogistico della vescica o dell'uretra, ma può esserlo per ulcerazioni di varia natura, per es. tubercolare, o per tumori maligni della vescica o del collo vescicale; lo è pure nelle semplici caruncole uretrali, spesso molto sensibili, nel prolasso della mucosa dell'uretra, specie dopo la menopausa, quando per la atrofia senile restino più superficiali le terminazioni nervose.

La *incontinenza* può essere completa o parziale, vera o falsa.

Falsa incontinenza è quella che si ha nella ritenzione sconosciuta della urina, la cosidetta *iscuria paradossa*.

Una incontinenza parziale si ha nel cistocele da lacerazione perineale; allora basta un aumento anche lieve della pressione addominale (tosse, risa, sforzo) perchè un po' dell'urina sfugga involontariamente.

Il capitolo più interessante per il ginecologo è quello della incontinenza da causa anatomica, ossia il capitolo delle *fistole vescicali* od uretrali.

Si possono avere fistole vescico-vaginali, vescico-cervicali (quando la comunicazione anormale avviene a livello del collo), vagino-uretrali e così pure si possono avere fistole uretero-vaginali o uretero-cervicali, quando sia interessato l'uretere e la perdita dell'urina si faccia traverso un tramite vaginale o nel collo.

Nella grande maggioranza si tratta di fistole da causa ostetrica; in un buon numero di casi la fistola si stabilisce dopo parecchi giorni dal parto – 8, 12 –, quando avvenga l'eliminazione dell'escara prodottasi per una compressione eccessiva e troppo prolungata dei tessuti, da parte del feto. Molto spesso si tratta allora di bacini viziati. Altre volte invece, la fistola s'istituisce nel momento stesso del parto, per lacerazioni che interessino vagina e vescica o collo e vescica, sia spon-

taneamente, sia per azione diretta di strumenti taglienti, non correttamente adoperati. Troviamo per questo di solito fra i precedenti, notizie di atti embriotomici, oppure di un taglio cesareo vaginale. Altre volte invece si è determinata una lacerazione spontanea del segmento inferiore e del collo, non sempre riconosciuta (1).

Un esempio di lacerazione spontanea si ha anche quando avvenga la rottura della sinfisi pubica: è raro che questa non si complichi con interessamento della vescica, spesso in forma grave, se non riconosciuta in tempo, e talora con disinserzione di gran parte dell'uretra.

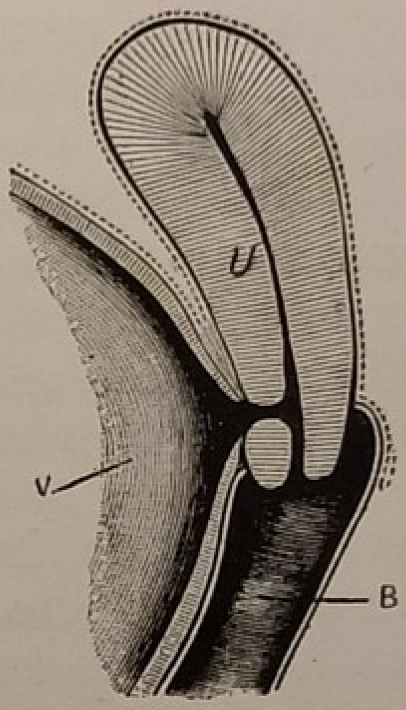


FIG. 206. – Fistola cervico-vescicale (da CINAGLIA-MICHELI).

Fistole di origine ginecologica possono prodursi nel corso di interventi per via vaginale; fistole dell'uretere seguono anche a laparotomia, in caso di isterectomia larga per cancro o di tumori sottoperitoneali; si hanno inoltre delle fistole spontanee neoplastiche, quando il tumore finisca a perforare la parete vescicale, il che avviene però per fortuna di raro e solo nelle fasi terminali.

Sono state descritte infine delle fistole dopo applicazione di radium; talora si può trattare di filtrazione non corretta e di dose eccessiva, ma altre volte esisteva già il tumore del setto vagino-vescicale, e il radium ha solo affrettata la fistola.

La diagnosi generica di fistola vescicale è quasi sempre agevole, segnata come è dalla perdita continuata involontaria della urina, totale a volta, a volta parziale; talora in tutte le posizioni, tal'altra solo nella eretta e non nella orizzontale, secondo la sede e la estensione della fistola.

(1) La rottura dell'utero nel segmento inferiore, quando resti sottoperitoneale e circoscritta, può essere riconosciuta solo tardivamente, quando nei primi giorni del puerperio insorgano dolori in una delle fosse iliache e vi si vada formando una tumefazione, spesso molto voluminosa, che può essere differenziata dalle comuni parametriti puerperali, perchè più precoce, più rapida, con temperatura meno elevata e con una perdita di sangue più copiosa della comune lochiazione.

Orbene qualche volta avverrà che l'attenzione sull'avvenuta rottura sia richiamata dalla perdita involontaria dell'urina. Un caso ne vedemmo a Siena, seguito ad un rivolgimento podalico. C'era stata un'emorragia *post partum* un po' più accentuata del solito, ma non tale da preoccupare il medico, che rimase molto sorpreso quando nei giorni successivi fu richiamato perchè la donna perdeva continuamente l'urina, dal giorno stesso del parto. Si trovò in questo caso, quando venne a noi, una fistola vescico–cervicale, molto alta, che richiese per la riparazione uno scollamento notevole del collo, che trovammo per gran tratto diviso in due metà nella sua parete anteriore.

Più recente è l'osservazione di una fistola uretero–vaginale, in una terzipara, operata di forcipe nella clinica di Bari; essa aveva avuto già due parti difficili operativi, con feti morti; il secondo puerperio era stato complicato da parametrite sinistra. Venuta in clinica in sopraparto con la testa ancora all'ingresso, il medico di guardia tentò un'applicazione di forcipe e, non riuscendo, fece fra le branche di esso una craniotomia. Nei primi giorni del puerperio il decorso parve regolare, non preoccupandoci di modiche elevazioni termiche; però la malata si lamentava di dolore a sinistra e dopo qualche giorno fu evidente una tumefazione nel quadrante inferiore sinistro; la minzione era stata sempre spontanea; ma, col cessare della lochiazione più copiosa, apparve manifesta una perdita involontaria parziale del-

La perdita dell'urina di solito non si presta ad equivoco, caratterizzata com'è dall'odore; è facile che si aggiunga un eritema o un eczema dei genitali esterni; talora poi si formano concrezioni multiple lungo il tramite in vagina e talora anche sui peli dei genitali esterni, in donne poco pulite.

L'esame obbiettivo permette di precisare la sede e l'ampiezza della fistola; le fistole ampie a sede bassa, uretrale, vaginale, sono presto riconoscibili; difficile invece è riconoscere quelle piccole, alte, o quando ci sia una retrazione cicatriziale notevole dei tessuti; quest'ultima condizione rende anche difficile talora l'applicazione delle valve vaginali, con cui si voglia mettere in luce la fistola.

Quando questo riesce, è caratteristico l'aspetto arrossato della mucosa vescicale, che suole fare ectropion dall'abnorme apertura. Ci sono casi, in cui la visione diretta completa si ottiene solo ricorrendo alla posizione genu-pettorale, oppure sollevando molto la pelvi in una specie di Trendelemburg a coscie molto flesse sull'addome.

A volte non si trova alcun pertugio, nemmeno minimo, eppure si può escludere che si tratti di una incontinenza, quale si ha talora dopo traumatismi locali, sia per il tipo della perdita, sia per la diretta osservazione del meato urinario; si tratterà allora, per lo più, di una fistola cervicale, oppure di una fistola ureterale, la quale ultima suole avere uno sbocco vaginale minimo.

Per differenziare la fistola ureterale dalla vescicale soccorrono vari criteri; la perdita dell'urina in quella è parziale e la malata sente ancora lo stimolo della minzione ed emette periodicamente l'urina; inoltre iniettando del liquido colorato nella vescica (indaco-carminio, permanganato di potassio, latte) la vescica lesa non si lascerebbe distendere e sarebbe presto palese il tramite di uscita del liquido; nella vescica sana la vagina resterebbe scolorata, mentre un batuffolo situato nel fornice andrebbe imbevendosi di urina.

La conferma diretta obbiettiva può essere data dalla cistoscopia. Questa ultima costituisce sempre un mezzo complementare di diagnosi, utilissimo specialmente per la terapia; si potranno vedere gli sbocchi dell'uretere controllando se funzionino o no. In casi fortunati si potrà raggiungere un effetto curativo, imboccando l'uretere anche a monte della soluzione di continuo, specialmente nelle lesioni parziali.

Per ovviare alle difficoltà di distendere la vescica per la cistoscopia, Colombino ha proposto di applicare in vagina un palloncino di gomma da distendere con dell'aria, in modo da occludere la vagina e poter così ovviare all'uscita del liquido dalla vescica.

---

l'urina; l'esame genitale escluse ogni lesione della vagina e del contorno della *portio*; si trattava d'una fistola *cervico-ureterale* sin.; la genesi doveva essere riportata a una rottura del segmento inferiore, parziale, sottoperitoneale, preparata da minorata resistenza locale in rapporto ai parti precedenti difficili; e la pregressa parametrite fissando l'uretere rese più facile la discontinuità di questo; mentre forse sarebbe stato risparmiato senza codesto precedente. Ora in codesto caso la fistola ureterica chiarì il quadro relativamente muto della lacerazione uterina *intra-partum*.

Quando si tratti di fatti traumatici diretti, ossia soluzioni di continuo direttamente apportate da strumenti, i margini sono netti, i tessuti contigui cedevoli; irregolari, retratti, duri, tanto da non permettere la messa in luce della fistola, sono invece i tessuti nei casi in cui la fistola è stata conseguenza di una eccessiva compressione con successiva più o meno estesa necrosi; oppure quando si è sovrapposto un processo settico puerperale.

È interessante infine ricordare, nella sintomatologia della fistola, che la mestruazione di solito manca, anche molto a distanza dal parto, mentre si vede ricomparire dopo la guarigione della fistola. Ci sono, si intende, anche i casi, in cui la mestruazione non è turbata; come ci sono del resto pure concepimenti possibili anche con fistola in atto.

Nei singoli capitoli della patologia genitale, già si sono ricordate le deformazioni e gli spostamenti e le compressioni a cui vanno incontro uretra e vescica per tumori o raccolte pelviche e alla compartecipazione nei casi di prolasso.

Ricordiamo qui qualche altro punto.

Fra le malformazioni renali ricordiamo per i suoi riflessi pratici *la unicità del rene*, documentabile con la cistoscopia e con la radiografia e associata ad alterazioni di sviluppo dell'apparato genitale.

Fra le distopie del rene interessa *il rene pelvico*; esso è stato più volte oggetto di errori diagnostici con tumori dell'utero o delle ovaie; per la sua sede poi ne possono venire difficoltà nel parto; l'errore è evitabile se ci si pensa, poichè la pielografia può precisare la speciale condizione del rene. Dal lato operativo poi bisogna ricordare che il rene pelvico è spesso unico o a ferro di cavallo, e sarebbe allora fatale se si procedesse alla asportazione, anche dopo avere riconosciuto che si trattava del rene. In questi casi la laparotomia deve restare esplorativa.

Fra le distopie renali, della massima frequenza è il cosidetto *rene mobile* o migrante, per lo più associato ed espressione di una enteroptosi generale, che va tenuta in vista, assieme collo stato astenico generale, più che non il vizio di posizione e di spostabilità del rene. Lo vediamo associarsi alle retroflessioni, ai prolassi da debolezza. Basta di solito una cura psichica ed una adatta fasciatura addominale, mentre un intervento potrà essere indicato più che dal rene mobile dalle eventuali complicazioni, che ne derivino, per inginocchiamento dell'uretere (idronefrosi acuta con colica violenta, vomito, ecc.).

Non è il caso di soffermarsi sulla sintomatologia e sulla diagnosi della calcolosi renale; ricordiamo solo che bisogna averla presente fra le diagnosi differenziali con l'annessite o con l'appendicite.

Ricordiamo anche la necessità di dare il peso dovuto ai casi di *piuria cronica o di ematuria*; per quest'ultima non scordando d'indagare la possibile origine neoplastica vescicale o renale; per la prima non dimenticando la possibilità di una forma tubercolare.

Quasi quotidianamente, si può dire, il ginecologo s'imbatte in processi flogistici delle vie urinarie, sia da germi banali, quali il *b.* coli, sia da gonococco. In quest'ultimo caso la concomitanza della lesione uretrale con quella vulvare è così costante da averne una vera sindrome e anche nelle forme subacute o croniche andiamo appunto a ricercare, fra i sintomi della blenorragia, la persistenza di una secrezione purisimile, che possiamo rendere evidente, spremendo sull'uretra da dietro in avanti, con un dito portato in vagina. Nelle forme acute poi la sofferenza è quasi prevalentemente urinaria; minzione frequente, dolorosa, tenesmo vescicale richiamano anzitutto l'attenzione della malata e vediamo allora accanto alle perdite giallognole vaginali un secreto purisimile ricoprire il meato urinario, la cui mucosa tumida arrossata fa spesso ernia all'esterno.

Sia nella blenorragia, come per altre cause, *la uretrite* può dar luogo a *una cistite del collo o a una cistite diffusa*: ne vediamo spesso nel decorso postoperatorio, sovente in rapporto con ripetuti cateterismi resisi necessari dalla ritenzione dell'urina; non sono rare nemmeno le forme di pielite o pielonefrite, con la classica sintomatologia del dolore lombare alla pressione, della piuria (commistione di pus intima) con reazione acida e della febbre a tipo remittente.

Ma non è il caso di soffermarsi su tali complicazioni, ben note dalla patologia medica.

Ricordiamo invece come di maggiore interesse ginecologico, il capitolo dei *corpi estranei vescicali*. Vi possono giungere per due vie: transparietale e uretrale; in quest'ultimo caso si tratta o di accidenti intervenuti nel corso di un cateterismo, o di errori... direttivi nell'autoprovocazione di un aborto, quando la candeletta o altro venga infilata nell'uretra, invece che nell'utero, o di pratiche di masturbazione (forcina, lapis, penna d'oca, ecc.)

Per via transparietale, corpi estranei possono arrivare in vescica traverso la perforazione di essa, come avviene quando vi si apra una sacca di gravidanza tubarica, con passaggio di parti fetali, oppure un tumore dermoide suppurato con la penetrazione di ciuffi di peli. Più spesso si tratta di una migrazione lenta di punti di sutura, applicati in prossimità, specialmente dopo taglio cesareo sul segmento inferiore o anche dopo isterectomia.

Attorno al corpo estraneo sogliono avvenire deposizioni calcaree, sicchè dopo un certo tempo può essere difficile identificarne al cistoscopio la natura; sopratutto nei casi di fili di seta migrati. Insorgono poi sempre fatti di reazione flogistica, derivandone delle cistiti, ribelli ai comuni trattamenti.

SCHEMI DI TERAPIA GINECOLOGICA [1]

Qualche consiglio di igiene femminile e di profilassi ginecologica.

Nella prima età:

curare una sana igiene, con vita all'aria aperta e buona alimentazione;

con esercizi ginnastici agevolare lo sviluppo armonico del corpo;

sorprendere all'inizio e, per quanto è possibile, correggere le disfunzioni di questa o quella ghiandola endocrina;

con accurata pulizia dei genitali esterni evitare le infezioni locali;

eliminare i possibili contagi blenorragici (pag. 158);

con la sorveglianza, la pulizia, la educazione, l'allontanamento dalle eccitazioni sessuali, prevenire o limitare le pratiche onanistiche;

svelare le possibili eredo-distrofie sifilitiche e curarle (ricordandone la frequenza e la latenza); così pure per le forme tubercolari, che, avendo larga parte nella patologia genitale, silente, prepubere, deve essere precocemente riconosciuta e opportunamente curata, quando non la si sia potuta prevenire.

Nella epoca pubere:

accentuare le norme igieniche: evitare la vita sedentaria; dare una larga parte ad adatti esercizi ginnastici;

nella alimentazione: ridurre le carni in genere; ridurre al minimo il caffè, il thé; seguitare a non concedere alcoolici di nessuna specie; mantenere regolato l'intestino, evitando la stipsi, non ritenere l'urina troppo a lungo;

allontanare le eccitazioni erotiche (delle letture, del cinematografo, della masturbazione, del ballo, ecc.).

---

(1) Dati gli scopi di questo piccolo manuale ci si limita qui a segnare le indicazioni in genere e le linee direttive dei grandi interventi ginecologici, i quali non sono alla portata del medico pratico; ci si soffermerà invece un po' più, sia sulle cure mediche, sia sulla cosidetta piccola ginecologia; e anche qui non uniformemente, ma con varia estensione secondo la importanza pratica dell'argomento. Qualche direttiva generale si trova del resto anche nei capitoli della diagnosi.

Quanto all'abbigliamento, la moda attuale in fondo è venuta incontro ai postulati dell'igienista; con la abolizione dei busti corazzati di stecche, sostituiti dalla basse fascette elastiche; con le sottane anche troppo corte; con la libertà al collo, ecc. Resterebbe da sperare in una diminuzione della altezza dei tacchi delle scarpe, che obbligano a uno sforzo eccessivo i muscoli lombari e portano ad alterare la inclinazione pelvica, senza dire della deformazione del piede.

È opportuno che la giovanetta sia avvertita della funzione mestruale in modo da evitare possibili traumi psichici al suo primo apparire.

Durante la mestruazione:

non faticare eccessivamente, nè fisicamente, nè mentalmente; può essere dannoso fare gite lunghe a piedi o in bicicletta; è bene evitare il ballo (non solo per l'affaticamento e per l'ambiente, di solito chiuso, caldo, ma anche per la eccitazione sessuale che ne deriva);

ridurre lo studio, le occupazioni varie; sospendere il canto (anche per le ripercussioni laringee della mestruazione che sono evidenti nel mutato timbro della voce); ridurre il lavoro a macchina con pedale;

non fare bagni troppo freddi o troppo caldi;

moltiplicare invece le pratiche di toilette dei genitali esterni; (il lavaggio quotidiano con sapone è utile per impedire il ristagno fra i peli di grumettini di sangue; superfluo aggiungere che è un pregiudizio da combattere, perchè diffuso e senza base alcuna, quello del non lavarsi durante il periodo mestruale; occorre, al contrario, la massima pulizia anche locale; inoltre si deve curare la nettezza del materiale, che viene messo a contatto dei genitali esterni per raccogliere il sangue (pannolini, ovatta, striscie apposite assorbenti, ecc.).

Nelle spose:

evitare i danni dei primi giorni di matrimonio. Nulla di più dannoso degli eccessi sessuali e delle fatiche dei viaggi di nozze. Le soluzioni di continuo dell'imene ed eventualmente della vulva possono infettarsi, dando poi reazioni dolorose, che prepareranno forme di dispaurenia (pag. 29, 113). Non eccedere quindi mai. La vita... coniugale è lunga.

Non trascurare la massima cura della pulizia dei genitali esterni; nessuna ragione per dimenticare che avvengono inevitabilmente delle ferite nei primi rapporti sessuali.

Attenzione alle perdite vaginali, gialle o verdastre, che compaiono nei primi tempi; occorre subito la visita del ginecologo e la cura energica adatta (ricordare la frequenza della blenorragia anche in casi di creduta guarigione del marito; le riacutizzazioni possono essere in rapporto con l'eccesso sessuale o con gli eccessi alimentari, specialmente di bevande).

Durante la mestruazione: ridurre le faccende faticose; anche se non ci siano fatti, generali o locali, tali da richiedere speciali accorgimenti, è bene considerare con un certo riguardo il periodo della me-

struazione. Ricordare la facilità all'inizio o alle riacutizzazioni di fatti flogistici. *I rapporti sessuali vanno soppressi.*

Alle altre norme date più su, aggiungiamo riguardo al vestire, che è bene adottare sistematicamente le mutande chiuse; conservano la temperatura locale più uniforme e riparano meglio dagli inquinamenti (sopratutto consigliarlo nelle pluripare, con genitali beanti, per vecchie lacerazioni).

Nella donna sana le lavande vaginali sono superflue. Il potere di autodepurazione della vagina è sufficiente. Le lavande possono danneggiare il chimismo normale della vagina, al quale si deve la difesa dall'attecchimento dei comuni piogeni.

L'ideale della *profilassi ginecologica* sarebbe di evitare le infezioni blenorragiche e sifilitiche; la diffusione di un sano senso di onestà sessuale, in modo che nessuno si sposi se non è veramente immune da lesioni in atto o pericolose, si otterrà col tempo, con la migliore educazione igienica delle masse, con la migliore istruzione medica, sicchè le malattie siano riconosciute presto e bene curate.

Poichè per ora, e forse per molto, l'ideale non è raggiungibile, facciamo almeno in modo da poter aggredire ai primi inizi la malattia e sopratutto evitiamo che il processo risalga nelle vie alte.

Molti danni possono derivare dalle pratiche anticoncezionali: tutte hanno di comune di non essere sicure e di portare degli inconvenienti.

Da combattere con energia sopratutto i pessari occlusivi endouterini (pag. 5, 161), ma sono dannose anche le comuni spugnette; non tollerato talora è l'uso del guanto; anche la interruzione del coito può recare perturbamenti psichici o forme neurasteniche, sia nel marito, che nella moglie, oppure dare fatti congestizi pelvici, dannosi. Gli ovuli antifecondativi al chinino, od altre sostanze che pure abbondano in commercio, o sono inefficaci o a lungo andare pericolosi. Così dicasi delle lavande vaginali eseguite subito dopo il rapporto, che dovrebbero essere alla temperatura del corpo, e immediate.

Dove la profilassi ginecologica può avere larga applicazione è nelle malattie e nelle lesioni, che sono legate con la puerperalità.

La assistenza corretta asettica, tecnica, la buona igiene, le cure appropriate, come hanno ridotto la mortalità, così hanno diminuito la morbilità: le lacerazioni saranno minori o subito bene riparate; si eviteranno le infezioni, si elimineranno le conseguenze della irregolare involuzione.

Complemento indispensabile: la sana igiene della gravida e della puerpera. Questa deve evitare di riprendere troppo presto la vita attiva, faticosa; utile anche la ginnastica dei muscoli del perineo e dell'addome.

Per conservare bene il ventre ed evitare che le pareti restino sfiancate, cadenti, giova appunto fare della ginnastica prima di alzarsi dal letto; p. e., sollevare più volte il tronco e lasciarlo cadere lentamente senza appoggio delle braccia; sollevare le coscie, tenendo le gambe estese e lasciarle cadere;

(come per far riprendere il tono ai muscoli perineali è utile cercare di avvicinare le coscie flesse mantenute divaricate da un famigliare, o viceversa divaricarle, mentre si cerca, da chi aiuta, di mantenerle vicine). La fasciatura del ventre, appena avvenuto il parto, e a cui tanto tengono le signore, non basta a garantire che non resterà « la pancia grossa »; ci sono costituzioni che predispongono agli sfiancamenti come al prolasso e agli spostamenti dei visceri; utile però è sempre la ginnastica e l'accorgimento di portare una adatta panciera già nella gravidanza e poi nel puerperio; la puerpera non deve alzarsi, se non si è prima applicata la panciera; è bene indossarla restando in posizione orizzontale; inoltre dovranno essere evitate le fatiche nei primi giorni; come l'ultimo mese di gravidanza così il primo mese di puerperio devono essere sacri alla vita riposata, per il benessere presente e futuro della prole e della madre.

Nelle malattie neoplastiche in genere non è ancora il caso di una profilassi vera; qui si tratta essenzialmente di fare una diagnosi precoce; ossia, per così dire, la profilassi delle conseguenze più temibili (inoperabilità, metastasi, compressioni dannose su organi contigui, risentimento sullo stato generale, ecc.).

In questo senso la profilassi ginecologica si identifica con la corretta ginecologia.

Qualche generalità di tecnica operativa. (1)

Anche nei piccoli interventi seguire le più scrupolose norme asettiche.

Per la *disinfezione delle mani:* il miglior metodo è certo quello dell'alcool solo, per 5–10 minuti, sulla mano asciutta; la maggior salvaguardia viene poi dall'uso sistematico dei *guanti di gomma,* i quali, facendoci evitare il contatto con materiale settico, ci garantiscono della sufficienza della comune disinfezione.

Per la *disinfezione del campo operatorio:* tintura di jodio fresca, al momento d'intervenire, oppure soluzione alcoolica satura (5 %) di acido picrico; negli interventi vaginali è utile premettere una serie di lavande vaginali, a scopo detersivo o disinfettante, se ci siano secrezioni anormali.

In certi casi (cancro del collo) è opportuno premettere una più energica disinfezione preoperatoria, per es., con la causticazione col Pacquelin, seguìto dalla applicazione di una striscia di garza imbevuta in soluzione disinfettante (sublimato 1 ‰), che sarà poi ritirata nel corso dell'intervento.

---

(1) Per quanto il medico pratico non debba fare grosse operazioni, può capitargli di dover preparare, di dover assistere, di seguire poi le operate: non è quindi superfluo qualche cenno anche di tecnica operativa, per quanto assolutamente sommario, e senza addentrarci nei particolari delle varie vie di accesso – laparotomia, colpotomia, via sacrale, ecc. Per questo servono i trattati speciali; recentissima e ricca di magnifiche figure la Operative Gynäkologie di Bumm, edita da I. Bergmann, 1926.

Così diciamo qui, una volta per sempre, che anche più avanti non descriviamo le linee principali degli interventi ginecologici perchè il medico pratico possa eseguirli, ma solo per dargliene un'idea, in modo che egli possa seguire le eventuali operazioni o magari assistere direttamente con una certa cognizione, così che l'operatore ne tragga reale vantaggio. Del resto *anche per le piccole operazioni* bisogna averle vedute fare più volte, prima di accingervisi da sè. È questione di coscienza professionale e di onestà. Direttiva terapeutica costante deve essere di non fare agli altri quello che noi non vorremmo.

Il *materiale di medicazione* deve essere sterilizzato, possibilmente all'autoclave; solo in pochi casi ci si può accontentare di bollirlo semplicemente (per es. per raschiamenti, biopsie).

Per le operazioni vaginali occorrono: *panni* e lenzuoletti, per coprire l'addome, le coscie, il tavolo operatorio, per stendere sul tavolo, dove si prepareranno gli strumenti; garze a quadrati, per asciugare il sangue, per scollare lembi di tessuto; *fascette* per eventuali zaffi o drenaggio.

Per la laparotomia si dovranno avere anche delle lunghette di garza orlate o dei quadrati grandi, pure orlati (p. es. 10 × 35 oppure 18 × 20), che devono servire a trattenere le anse intestinali, per escludere il campo operatorio; occorre aver pronta anche una più grande garza, con una fascetta orlata, da servire per un eventuale zaffo alla Mickulitz.

L'operatore e gli assistenti devono indossare grembiuli bianchi, di bucato almeno, se non sterilizzati; sterili all'autoclave *devono* però essere per gl'interventi celiotomici; per questi è anche bene l'uso di una cuffia che ripari i capelli e la bocca.

Tavolo operatorio: per interventi vaginali, isterectomia compresa, può bastare una comune sedia ginecologica o anche un tavolo qualunque, purchè sia solido a sostenere il peso della malata; si coprirà con un materasso, una tela cerata, e un lenzuolo sterile. Per gli interventi laparotomici ginecologici la posizione declive, di Trendelemburg, rende i migliori servizi, illuminando bene il piccolo bacino e permettendo di tener lontane le anse intestinali: perciò è bene usare i letti speciali operatorî, che permettono la inclinazione al grado voluto e che hanno anche la possibilità degli spostamenti in senso verticale (a pompa, nei modelli migliori; a vite nei più antichi). Ogni mezzo di fortuna può servire, in caso di necessità: anche un tavolo comune si può rendere declive; ma si ricordi in generale che non dobbiamo rinunziare ad alcun accorgimento, che renda più agevole l'intervento e più spedito; quindi tutte le volte che è possibile è bene usare il letto operatorio, il che include la necessità di solito del trasporto della malata ad una clinica o ad un ospedale. Solo qui del resto si potranno riunire con comodità dell'operatore, con sicurezza della donna, tutti i sussidi terapeutici eventualmente occorrenti, dalla ipodermoclisi all'ossigeno, dalla sterilizzazione del materiale al personale di assistenza specializzato. Le grosse operazioni a domicilio o richiedono dispendiose installazioni o dànno minori garanzie di successo. Consigliare quindi opportunamente le ammalate, nel loro stesso interesse.

Assistenti: Bisogna che siano addestrati alle norme più scrupolose di asepsi; in meno si è, meglio è; ma non bisogna nemmeno esagerare nella riduzione; ne verrebbe un decorso meno rapido dell'intervento. Così l'esserci una persona, che prepara gli aghi infilati per le suture, rinnova le garze, ecc., fa guadagnare molto tempo. L'affiatamento fra operatore e assistenti è pure importante; ogni gesto è subito capito; la collaborazione intelligente e abituale porta a risultati brillanti, che si risolvono nel vantaggio delle operate.

Materiale di sutura: seta e catgut, di varî numeri;

Gli *strumenti* vanno sterilizzati con l'ebollizione prolungata, possibilmente per le operazioni celiotomiche, in Schimmelbusch, e aggiungendo all'acqua del carbonato di soda. Gli strumenti taglienti e i guanti si aggiungeranno al grosso negli ultimi 15 minuti.

La *anestesia* può essere molte volte locale – per es. nelle plastiche, del collo, vaginali e perineali, nel raschiamento; talora pure in certe laparotomie (cisti ovariche, semplici o in donne in cattive condizioni); si suole usare la infiltrazione di soluzione 0.5 % di novocaina, suncaina, tutocaina e simili; spesso è aggiunta qualche goccia di adrenalina; ma non è necessaria.

Per la dilatazione del collo, che è la parte dolorosa del raschiamento, si può fare l'infiltrazione profonda nel tessuto cervicale, in modo che l'ago arrivi verso l'orificio interno.

Poco seguito ha avuto l'anestesia epidurale, più usata è invece l'anestesia lombare, a livello del IV spazio vertebrale. Si usano 2 cmc. di soluzione 10 % di novocaina, o stovaina, o suncaina, o altri preparati: è bene lasciare fuoriuscire un cmc. di liquor; tenere la donna in posizione seduta, fino a che cominci a sentire ridotta la sensibilità degli arti inferiori.

La narcosi generale viene eseguita preferibilmente con l'etere (ottima la maschera di Ombredanne); attenti a escludere la presenza di lesioni polmonari; allora ricorrere al cloroformio.

Preparazione dell'operanda; di solito sono tradizionali il purgante nel giorno precedente e la dieta; saranno *necessarî*, se si tratti di plastiche vaginoperineali o vaginorettali, in cui è poi bene che l'intestino non funzioni per parecchi giorni. Possono essere preparativi inutili per piccoli interventi. *Sconsigliabile* è il purgante nelle gravidanze extrauterine, nelle lesioni flogistiche, quando si può temere che ne venga danno, per la rottura di aderenze. Va del resto diffondendosi l'uso di farne a meno anche nelle altre laparotomie.

Fondamentale è lo studio delle varie funzioni organiche, sopratutto quando non si tratti di indicazioni vitali; ma di elezione. Ricercare sempre l'albumina e lo zucchero nelle urine. In caso di bisogno, mettere la malata a dieta opportuna (vegetale, lattea, senza carne), nei giorni precedenti l'operazione, sopratutto se la si prevede complessa e tale da richiedere una lunga anestesia.

Nel decorso post-operatorio: sorvegliare la temperatura, il polso, il respiro.

Attenti alle possibili complicazioni toraciche dopo la narcosi. Dopo lunghi interventi laparotomici può essere utile la *rettoclisi a goccie*, di soluzione glucosata, 1–2 volte nel giorno stesso, e nel seguente, se ci sia tendenza al vomito e quindi debba tardare la somministrazione dell'acqua per bocca.

Nelle prime ore dell'intervento la sorveglianza va esercitata anche per sorprendere eventuali segni di emorragia secondaria, o stati di shock. Per riconoscere la emorragia dare peso al colorito, alla frequenza e vacuità del polso, al sudore freddo, ai fenomeni subbiettivi (mancanza di aria, obnubilamento visivo, ecc.), alla progressione dello stato anemico. In casi dubbi meglio riaprire il ventre; sarà sempre facile scoprire la fonte dell'emorragia in qualche laccio che ha lasciato la presa, e porvi rapido rimedio.

Emorragie secondarie si possono avere anche dopo operazioni vaginali, non solo in isterectomie, ma anche nelle semplici amputazioni del collo o nelle comuni plastiche; la diagnosi è per lo più facile per la emorragia esterna e in primo tempo per i dolori dell'ematoma che si forma; la cura consiste nella ricerca del vaso sanguinante, su cui si applicherà qualche punto o si lascerà una pinza emostatica uno o due giorni.

È importante, specie nelle lunghe laparotomie, evitare ogni raffreddamento, sia durante che dopo la operazione.

Crile (*Surg. Gyn.* 1926, n. 2, rif. in *La Clinica Ostetrica*, maggio 1926) anzi è andato tanto in là da consigliare addirittura la *diatermia del fegato* durante la laparotomia e trova così diminuiti i casi di shock e le polmoniti postoperatorie; egli usa pure con beneficio la lampada di quarzo.

Anche Merletti, fra noi, si loda della diatermia, *epatica* per vincere stati di collasso postoperatori, *toracica* per stroncare all'inizio le congestioni polmonari e le bronchiti postoperatorie. (*Riv. di Ost. e Gin. prat.* 1927, aprile).

Le operate di norma si tengono in posizione orizzontale; in donne molto anemizzate conviene tenere sollevata la parte inferiore del letto; viceversa, nelle operate per fatti flogistici, si consiglia di far tenere una posizione semi-seduta.

Nelle donne sottoposte ad anestesia generale si deve nelle prime ore togliere il cuscino, ed evitare la somministrazione di bevande, almeno per 10-12 ore. Si potrà far bere più presto chi ha avuto la anestesia lombare e locale.

I *dolori*, che inevitabilmente compaiono, forti, dopo il risveglio, specialmente nelle laparotomie, richiedono spesso qualche iniezione sedativa (narcotal, pantopon, morfina); bisogna non largheggiare troppo; di solito non più di due iniezioni nella prima giornata; una poco dopo il risveglio, una verso sera, per favorire il sonno.

Famigliari attorno all'operata è meglio non ce ne siano; si « impressionano » più del bisogno; determinano stanchezza nella operata, anche solo col « chiedere come sta »; possono esser tratti a dare da bere troppo presto, dato il senso di sete abituale delle operate.

L'alimentazione verrà ripresa più o meno presto, gradatamente, secondo l'intervento. Per le piccole operazioni (polipi, raschiamenti p. es.), inutile far soffrire la fame; le massime restrizioni occorrono nelle plastiche rettali per ritardare il più possibile la prima evacuazione. Negli interventi maggiori regolarsi secondo l'andamento. In generale si ridà un purgante in II giornata; è utile a mobilizzare l'intestino, dopo le laparotomie; è superfluo dopo piccoli interventi, in cui basta sollecitare l'intestino con qualche lassativo e qualche piccolo clistere.

Nei primi giorni sono facili le *ritenzioni di urina*, sia per il trauma vescicale, sia per il dolore locale, sia per la posizione; le vediamo anche nelle semplici plastiche perineali.

Ottimo rimedio sono le iniezioni endovenose di urotropina (2 gr. in soluzione 40 % – entro le 10 ore dell'operazione). Restano inefficaci solo se ci sia stato un forte traumatismo (come nelle isterectomie totali alla Wertheim). In caso di insuccesso ricorrere al cateterismo vescicale; di norma non più di 3 volte nelle 24 ore. È bene, profilatticamente, dare della urotropina o elmitolo o preparati equivalenti.

La toilette dei genitali esterni deve essere molto curata.

I punti perineali si tolgono in V–VI giornata; un po' più in là quelli addominali.

La medicazione postoperatoria deve essere occlusiva, asettica.

Per i genitali esterni, servirsi della solita fascia a *T*.

Per le incisioni laparotomiche basta coprirle con dei quadrati di garza sterile, fissati con striscie di cerotto adesivo. Al disopra una falda di ovatta e una « fascia a corpo », fissata con delle spille; perchè non scivoli in alto, due striscie di garza o di tela serviranno da « reggicoscia ».

Nelle laparotomie non occorre rimuovere la medicazione fino a quando si tolgono i punti, a meno che non compaiano segni anormali (ematomi, suppurazioni). Per le medicazioni vaginali il rinnovamento è inevitabile, data la necessità della minzione e della defecazione; ogni volta si detergeranno i genitali (traumatizzando il meno possibile quando ci sono suture esterne); utile nelle case l'uso del fiasco, da cui l'acqua, che vi ha bollito, e vi si è con-

servata sterile, è direttamente versata sui genitali; si può servirsi anche d'un batuffolo di ovatta montato su una pinza e imbevuto di soluzione disinfettante.

La degenza a letto varia secondo gli interventi e il decorso loro, se febbrile o no; in media per le laparotomie da 10 a 12 giorni, per le plastiche anche più; meno invece, 3–4, per semplici raschiamenti.

Fra le complicazioni; oltre a quelle settiche, talora dovute a scarse misure di disinfezione, talora alla natura della malattia, da ricordare: la trombosi, con le conseguenti possibilità di embolie; e, nelle laparotomie, anche l'ileo (talora in rapporto con fatti peritoneali, talora solo dinamico, talora dovuto a inginocchiamenti e aderenze delle anse con i peduncoli operatori; quest'ultima eventualità va ricordata e sospettata a tempo per intervenire con successo).

Fra le complicazioni meno immediate ricordiamo:

la deiscenza della ferita laparotomica (per lo più in casi settici, con meteorismo notevole, di solito in VI–VIII giornata; talora accompagnata da dolore; in certi casi silenziosa e constatata al momento di togliere i punti; bisogna suturare nuovamente; la prognosi di solito è buona (1);

la adesione solo parziale della sutura, sia addominale che vaginale (pulire bene i margini; se c' è ematoma sottostante o raccolta suppurata dare esito allargando il tramite; nelle ferite torpide ottimi servizi rende l'ipoclorito di soda; quando si formi un tessuto di granulazione esuberante causticare col lapis di nitrato di argento o asportarlo; ricordarsi che è sempre segno di persistente flogosi sottostante);

l'ernia post–laparotomica, dovuta sopratutto a mancata precisione nella sutura delle fascie, o a sepsi; facilissima poi quando si applica uno zaffo e si ha guarigione per seconda.

Amenorrea.

Criterio fondamentale è anzitutto quello di individuare i casi, in cui si tratta di mancato deflusso della mestruazione, da quelli di vera e propria amenorrea. E questo è possibile solo se si ricorra all'esame obbiettivo, che deve essere sempre premesso prima di ordinare delle cure (pag. 67).

Nella vera *amenorrea*, guardarsi dalla facile tendenza a prescrivere cure per provocare la mancante mestruazione senza aver bene prima identificato se si tratti di un ritardo dello sviluppo somatico in genere e dell'apparato genitale in modo speciale, ovvero se invece si sia di fronte a una malattia generale, a volte palese, a volte magari larvata (pag. 84).

---

(1) Ne vidi più casi a Roma; ne seguii uno anche a Siena, in una operata di taglio cesareo, che ebbe una psicosi puerperale con agitazione motoria nei primi giorni e che in III giornata si alzò eludendo ogni vigilanza, strappandosi la medicazione; trovai anse e omento conglutinate alla garze e durai del tempo a staccarle inumidendo con della soluzione fisiologica; ridotto il tutto e suturato nuovamente si ebbe un decorso successivo regolare; come anche bene decorsero i casi che vidi e in parte io stesso operai a Roma, quasi il peritoneo abbia acquistato una speciale resistenza.

È certo un errore terapeutico quello di forzare il ritorno della mestruazione (1) quando si tratti di malattie generali, sopratutto poi nelle forme tubercolari.

Cercare dunque sempre la causa e curare questa; rammentare che la amenorrea è secondaria e non già viceversa, come è tendenza popolare a credere, confondendo la causa con l'effetto; il tardare o il sospendersi delle mestruazioni nelle figlie turba le mamme perchè « temono che ne derivino danni alla salute », ma il danno già c'è e la amenorrea che ne consegue è talora il primo segnale di allarme, benefico quando sia correttamente interpretato.

Non dimenticare inoltre che talvolta l'amenorrea è in rapporto con una gravidanza celata o non sospettata: pensarci sempre; non sfuggirà, se si segua la norma di non dare prescrizioni senza esame obbiettivo.

In mancanza di vere malattie organiche identificabili e curabili (debolezza di costituzione, disendocrinie varie, ecc.), fare assegnamento sopratutto sulla vita igienica, all'aria aperta, in campagna (al monte o al mare, secondo che si tratti rispettivamente di persone eretistiche nervose o di torpide linfatiche). Da consigliare: la bicicletta, l'equitazione, il ballo, la ginnastica in genere. (Specialmente gli esercizi di flessione ed estensione del tronco e degli arti inferiori aiutano la circolazione pelvica). Non si forzi però mai l'organismo; non bisogna arrivare al senso di stanchezza; andare quindi per gradi.

Oltre alle cure climatiche, dietetiche, mediche, indicate dalle singole malattie, rammentare la utilità dei preparati di arsenico e di ferro. Invece è meglio evitare l'uso dei così detti emmenagoghi.

Quanto alle cure locali sconsigliamo i vari massaggi locali (sia vaginali che rettali), tutto al più si potrà ricorrere a dei semicupi caldi.

Identificata la causa della amenorrea in una ipoplasia utero-ovarica senza malattie generali in atto, si può tentare una cura stimolante ormonica, ovarica (preparati di ovaio totale o parziale). È bene che la cura sia fatta intensamente, ma con delle interruzioni di otto, dieci giorni ogni mese. Si può fare per bocca o per iniezioni; anche in questi casi i semicupi caldi, qualche purgante salino, i preparati di ferro potranno essere buoni coadiuvanti.

Quando predominino disfunzioni tiroidee o ipofisarie si ricorrerà anche ai preparati di codesti organi, pure questi a lungo, ma con pause di una, due settimane; usando la tiroide, controllare sempre l'eventuale risentimento cardiaco.

È stata talora usata con successo la diatermia, facendo ripetute applicazioni ed associandola ad una serie di raggi ultra-violetti.

Come ultimo tentativo infine c'è l'innesto dell'ovaio.

---

(1) Fra i metodi più usati sono i bagni caldi, i pediluvi caldi; inoltre i cosidetti *emmenagoghi*, quali l'apiolo in capsule da 10-20 centigrammi, 2-3 al giorno, l'estratto di artimisia, la sabina, la ruta, lo zafferano, ecc.; ci sono poi anche i preparati a base di ovaio o corpo luteo.

Per questo è bene utilizzare frammenti di ovaio di donne giovani, operate per qualche indicazione ginecologica e trapiantarli immediatamente.

Si dovrà sempre escludere prima la lues e la tubercolosi.

Si dovrà anche assicurarsi che non esistano cause anatomiche invincibili di amenorrea (utero rudimentale, atresia della cavità, tubercolosi, ecc.).

L'ovaio da trapiantare viene diviso in più frammenti, e questi sono portati o nell'ovaio stesso, in un'incisione praticatavi, o fra le pagine del legamento largo o sotto il peritoneo vescico-uterino, quando si esegua la laparotomia, anche a scopo di più preciso orientamento diagnostico, ma può anche essere trapiantato nella regione sovrapubica sotto i retti.

I risultati degli innesti ovarici sono del resto tutt'altro che sicuri; per modo che il medico nel consigliarli deve sempre fare delle riserve non sul risultato *quoad vitam*, che è buono, ma sul risultato funzionale. Il quale talora manca perchè l'ovaio non attecchisce, ma spesso perchè non c'è la possibilità di una risposta dell'utero, o rudimentale o malato.

Oligomenorrea.

Valgono le linee direttive terapeutiche date per la amenorrea; aggiungiamo solo che il risultato potrà essere più favorevole; e che ad ogni modo una cura sarà indicata solo nei casi di scarsità veramente accentuata, patologica.

Ricordiamo infine che, nei casi di oligomenorrea, come in quelli di amenorrea, specialmente nelle forme secondarie e transitorie, ci troviamo talora di fronte a dei *molimina menstrualia* molesti, tali da richiedere delle cure sintomatiche, indipendentemente da quelle della amenorrea; esse si identificano con quelle da apprestare nella dismenorrea (*v.* pag. 17).

In questi casi di molimina notevoli, il salasso, anche ripetuto, ha dato ottimi risultati; in qualche caso di oligo-opsomenorrea ha portato anche a una regolarizzazione della mestruazione; oltre alla invocata azione detossicante, agirebbe lo stimolo sugli organi ematopoietici, e quindi il miglioramento delle condizioni di anemia.

Menorragie.

La cura vera consiste nel rimuoverne la causa (1); ma può occorrere anche una terapia sintomatica, sia quando la ricerca eziologica resta negativa, sia quando si tratta di forme semplicemente funzionali, o

(1) È superfluo indugiarsi su questo punto: ricordiamo solo, a proposito delle forme funzionali o congestizie, che a volte dalla terapia risulta una controprova della esattezza del concetto diagnostico; così quando consigliamo la ripresa di rapporti coniugali regolari, o la vita all'aperto, la ginnastica sana, la eliminazione dei fattori di eccitamento sessuale, della stipsi, degli alcoolici, del vitto troppo ricco di carne, ecc.

ancora quando, in caso per esempio di tumori, non si possa addivenire alla terapia chirurgica per condizioni generali o per la speranza di poter dominare l'unico sintomo molesto per il momento, come in certi fibromi.

Quando l'emorragia mestruale sia già in atto, ottimi sussidi coadiuvanti sono: il riposo *a letto*; la borsa di ghiaccio sul ventre; preparati di calcio, per bocca o per iniezione (1); i clisteri con gelatina o gelatina emostatica (2); le iniezioni di sostanze coagulanti (siero di cavallo, zimena, coaguleno); le lavande vaginali prolungate o molto calde, anche con semplice soluzione fisiologica.

V'ha poi tutta la serie di preparati direttamente emostatici: segale con i suoi derivati (canadrast, ergotina, gynergen, secacornin, stipticina, tenosina, ecc. (3), hidrastis (estratto fluido), o idrastinina.

Larga diffusione hanno ormai raggiunto anche preparati di organi endocrini: l'ovaio stesso (4), la ipofisi, la mammella; essi nel più dei casi rappresentano, o tentano di rappresentare, delle cure etiologiche, in casi in cui possa venire individuata o sospettata una speciale deficenza funzionale di questa o di quella ghiandola; ma finiscono poi anche per agire sintomaticamente; sopratutto ciò avviene per i preparati ipofisari, i quali hanno indubbia azione sul tono e sulla contrazione uterina. Preparati ipofisari e tiroidei associati, o anche con adrenalina o estratti surrenali, trovano speciale indicazione nelle ipotonie venose, quali possiamo presumere dalla abbondanza delle varici, dal reperto di un varicocele pelvico, dalla congestione uterina (genitali cianotici, collo grosso congesto; varici vulvo-vaginali) (5).

Dallo stesso ovaio sono stati preparati estratti ad azione emostatica, basandosi sull'azione inibitrice supposta nel corpo luteo a fase avanzata di evoluzione.

Qualche volta l'emorragia è insistente, le condizioni generali si aggravano; si deve allora ricorrere, di fronte all'insuccesso dei rimedi provati, ad un *tamponamento vaginale*, o anche meglio, cervico-vaginale.

La efficacia temporanea del tamponamento è indubbia.

---

(1) Per esempio 10 gr. di cloruro di calcio in 200 gr. di acqua, da bere a cucchiai in due giorni, oppure biocal per iniezione endo-venosa.

(2) Sono preparazioni nelle quali alla gelatina è associata l'ergotina.

(3) Tutti questi medicamenti si possono somministrare sotto forma di pillole, di goccie, di iniezioni ipodermiche; qualche A. ha anche consigliato di iniettarli direttamente nell'utero, p. es. con un lungo ago nel tessuto del collo, ma sono vie non consigliabili al medico pratico.

(4) È stato adoperato l'ovaio *in toto* o l'estratto di corpo luteo o il solo liquido follicolare, al quale sono state attribuite delle proprietà vaso-costrittrici (dal Mayer); esse però sarebbero in rapporto piuttosto che con una sostanza attiva ormonica con prodotti di decomposizione delle albumine, poichè Wintz avrebbe osservato la inefficacia del liquido fresco in confronto dell'attività del liquido conservato.

(5) Accenniamo infine che fra le cure più moderne di certe menorragie dovute a stasi addominale pelvica, in soggetti pletorici, si sono visti vantaggi dall'uso del *salasso*, il quale agirebbe modificando la condizione circolatoria, nello stesso modo come possono giovare i purganti ripetuti, quali sono spesso usati nella tradizione popolare.

Per eseguire il tamponamento vaginale si può servirsi dello speculum, o meglio della valva vaginale posteriore. Se si vuol fare il tamponamento cervicale bisogna uncinare il collo con una pinza tirapalle in modo da metter bene in vista l'orifizio uterino; circa al materiale è bene adoperare delle fascette di garza sterilizzata (1); si potrà anche servirsi di garze medicate, per esempio, al vioformio, xeroformio, ecc. Non lasciare in posto di tamponamento più di 12 ore: sono facili le putrefazioni, per il pronto pullulare della flora vaginale.

Inoltre non bisogna ripetere il tamponamento; sarà un presidio temporaneo, di urgenza, fino a che p. e. si provveda al trasporto in una clinica della malata, o si prepari per un intervento causale (asportazione di un polipo, isterectomia per cancro, fibroma, ecc.) o per un raschiamento dell'utero.

Il raschiamento uterino può pure figurare fra i mezzi di cura delle menorragie: in certe forme ne è chiaro il modo di agire, ossia nelle ipertrofie polipose dell'endometrio; (come del resto nelle metrorragie dopo aborto, quando si trovi qualche, anche minimo, residuo ovulare o deciduale fra mezzo alla nuova mucosa); in altri casi in cui poi si trovi una mucosa apparentemente normale, anche dal lato istologico, è meno facilmente interpretabile il meccanismo di azione, quando esso raggiunga ugualmente il fine di far cessare una metrorragia, p. es. in giovanette, o di far riprendere un tipo regolare alle mestruazioni successive; si può pensare che lo stimolo diretto sul miometrio agisca eccitando la contrazione e il tono uterino.

Comunque l'efficacia curativa è tutt'altro che costante e sopratutto è transitoria: ma, anche in questo ultimo caso, il raschiamento, fatto a scopo sintomatico, avrà servito a dare contezza delle condizioni dell'endometrio, escludendo p. es. che si tratti di un tumore maligno, e permetterà in definitiva di ricorrere alla terapia con gli emostatici soliti, con più insistenza o più fiducia. È bene inteso che bisogna astenersene quando esistano fatti flogistici annessiali o endometriali in atto, ai quali dovrà essere riportata la forma emorragica. Per questo e per la tecnica *v.* a pag. 66.

Fra le cure locali dobbiamo ancora ricordare quelle portate sull'endometrio mediante causticazioni, più usate un tempo che non oggi, ma non prive di efficacia nei casi adatti. Fra le sostanze più usate: il cloruro di zinco al 30 %, la formalina, il percloruro di ferro, la tintura di jodio.

Per l'applicazione: imbeverne un batuffolo montato sulla sonda di Playfair, che al suo estremo presenta tante intaccature le quali dànno presa all'ovatta.

Per lo più queste causticazioni chimiche endouterine rappresentano una cura complementare del raschiamento endouterino, quando

(1) Batuffoli di ovatta legati fra di loro da un filo hanno più larga adozione in ostetricia che in ginecologia.

questo abbia rassicurato della non malignità della lesione, e si voglia agire sulla mucosa in via di neoformazione. Si può imbevere nella sostanza prescelta, per lo più la tintura di jodio, una striscia di garza, che si lascia poi nella cavità uterina per qualche ora.

Ma anche questa tecnica va perdendo fautori, grazie alla migliorata diagnosi etiologica e ai nuovi mezzi di cura.

Nelle contingenze cliniche più abituali non solo siamo chiamati a ridurre l'intensità di una menorragia in atto, ma anche a prevenirne il ritorno.

Pure qui è fondamentale un esatto apprezzamento diagnostico per dirigere razionalmente la cura, sia definitiva (p. es. miomectomia, asportazione di polipi, riduzione di un utero retroflesso), sia palliativa (p. es. nei fibromi, a semplice sintomatologia menorragica, in cui basti tenere a bada le perdite di sangue, fino a che il tumore non mostri tendenza a crescere, ecc.).

Nel caso di fibromi o di metriti ha trovato largo uso l'estratto di ghiandola mammaria funzionante: nelle disfunzioni ipofisarie ci si giova di preparati di ipofisi per via orale o per via muscolare ed anche della irradiazione Röntgen stimolante portata sulla ipofisi e così via.

L'importante è iniziare la somministrazione dei medicinali molti giorni primà della attesa mestruazione e ripetere qualche mese la cura; questo tanto se si ritorna ai comuni preparati emostatici – a base di hydrastis o di segale – come se si faccia una cura ovarica.

Bisogna sempre consigliare che la ammalata conservi il maggiore riposo, possibilmente a letto, appena ricompare la mestruazione, almeno per i giorni in cui suole essere più profusa: e non deve attendere a farlo che la emorragia sia divenuta grave, in modo da essere già stremata, come spesso avviene nelle pratica; una volta ricomparso il flusso ci si regolerà poi sulla condotta da seguire, secondo la sua quantità: in genere nei primi giorni è bene sospendere gli emostatici, specie quelli a base di segale, salvo riprenderli, assieme con gli altri accorgimenti su detti, ove se ne presenti la necessità.

Non è inutile l'avvertire che in questi casi sono inopportune le comuni cure ricostituenti a base di preparati di ferro; questi favoriscono la congestione pelvica e quindi le emorragie; vanno evitate per lo meno nei periodi mestruali e subito vicino alla mestruazione. Del resto deve essere criterio direttivo quello di eliminare la causa della emorragia, o almeno ridurre anzitutto questa, prima di pensare alla cura ricostituente, la quale resterebbe senza efficacia se persistessero le condizioni di malattia.

Ci sono casi ribelli di menorragia, anche senza riconoscibile esponente anatomico in cui, esperimentate invano le varie cure mediche su riferite, si deve ricorrere alla *radioterapia*.

In taluni casi risponde già la irradiazione della ipofisi; in altri si deve ricorrere alla irradiazione delle ovaie uni– o bilaterale. Nelle donne giovani è bene evitare più che si può di ricorrere a questo, e se mai di regolare la dose in modo da avere una castrazione solo temporanea, di mesi od anni.

Nella cura delle menorragie certo la attinoterapia ha rappresentato una grande conquista; c'è solo pericolo che se ne abusi, e che sia fatta alla leggera dal radiologo senza il competente parere del ginecologo.

Metrorragie della pubertà.

A quanto è detto nella parte diagnostica, in cui sono anche dati dei cenni direttivi terapeutici (pag. 89) soggiungiamo che nel maggior numero dei casi è importante una cura generale, costituzionale o endocrina, varia secondo le varie individualità. Sempre ottimi coadiuvanti sono la vita igienica, la mancanza di eccitamenti sessuali, la cura della stipsi, la ginnastica, ecc.

Dal lato della cura sintomatica dobbiamo riferirci a quanto è detto a proposito delle menorragie: spesso si finisce per esperimentare una quantità di rimedî, e senza alcun risultato, non ostante la insistenza e le dosi; e si arriva fino a condizioni di anemia estrema; se l'esame ginecologico resti negativo si potrà anche ricorrere alla irradiazione della milza, con una piccola dose eccitante; essa è seguita per lo più da un arresto della emorragia; altre volte il risultato si ottiene irradiando la ipofisi; resta però il problema della eventuale ricomparsa della emorragia; in questi ultimi anni si è spesso ricorso alla castrazione attinica; sia bilaterale, temporanea; sia più forte, ma unilaterale.

Non bisogna però dimenticare che talora si ha un buon risultato, sia pure transitorio ma immediato, col raschiamento endouterino. Questo talora permette di asportare una mucosa esuberante, polipoide; talora dà solo una mucosa atrofica; ma intanto la emorragia cessa. Quanto alla paura dei famigliari che si leda la integrità dell'imene possiamo rassicurarli che il piccolo intervento, se eseguito in narcosi e correttamente, può essere fatto anche con la conservazione della verginità.

E, del resto, di fronte a una vita che sta per sfuggire non ci dovrebbe trattenere certo tale scrupolo.

Metrorragie in genere.

Linee direttive come nelle menorragie.

Nei casi di sospetti aborti incompleti, anche iniziali, di solito il riposo a letto per qualche giorno, con qualche lavanda vaginale prolungata molto calda, favorisce la espulsione dei frammenti ovulari, che passano per lo più inosservati fra mezzo a qualche grumo. Se dopo qualche giorno di tale terapia, non c'è l'arresto del sangue, è meglio suggerire senz'altro il raschiamento dell'utero. Ricordarsi sempre però di poter escludere prima una sede ectopica della gravidanza.

Anche nel puro campo ginecologico la ricerca della causa è qui fondamentale, perchè per lo più si tratta di vere e proprie lesioni locali che richiedono una cura diretta e quindi la cura della metrorragia si identifica con la cura delle varie cause morbose (fibromi, cancro, polipi, tubercolosi, sifilide, ecc.).

Metriti emorragiche.

Ricercare le cause. Rimuoverle, quando è possibile.

Le cure etiologiche avranno successo se ci siano fatti infiammatori, oppure quando sia in giuoco la sifilide; in genere meno facile è invece eliminare la causa nella arteriosclerosi, nelle malattie costituzionali, nella diatesi artritica; bisogna accontentarsi di ridurla. Potranno esperimentarsi ad ogni modo le cure salso-jodiche (sopratutto i bagni di Salsomaggiore, Salice, Castrocaro). Nei fatti uricemici serviranno le cure di Fiuggi, di S. Pellegrino, la dieta opportuna, la vita non sedentaria. Sono anche stati suggeriti il soggiorno in montagna o al mare che aumenterebbero il tono muscolare uterino, regolandone così meglio la circolazione.

Dal lato sintomatico *v.* a pag. 295.

Da aggiungere che questo campo è bene dominato dalla radioterapia; sia coi Raggi X, sia con i preparati di radium o mesotorio applicati entro lo stesso utero. Si potrà graduare la dose in modo da avere una castrazione definitiva o transitoria, secondo l'età della donna.

Larga applicazione ebbe l'intervento operativo, proposto da Kelly, consistente nel resecare porzione più o meno ampia del fondo uterino, in modo da ridurre in definitiva il volume dell'utero; molte volte si vide così che esistevano, insospettati, dei piccoli fibrometti nel miometrio. La operazione è semplice; se la cavità uterina è asettica, è senza pericolo; la ferita sul fondo può venire bene ricoperta con un lembo peritoneale scollato a livello dell'istmo, anteriormente, come nella isteropessi pelvica di Pestalozza. Il risultato talora è mancato: e lo si comprende se si pensa che la causa vera, ovarica, o tessiturale del miometrio, o generale (stasi, sclerosi), non viene eliminata con la resezione parziale cuneiforme dell'utero. Essa va oggi sempre più perdendo terreno, di fronte alla radioterapia.

Disturbi generali della menopausa.

La concezione attuale della menopausa porta a ricorrere sopratutto a rimedi opoterapici, ipofisari ed ovarici in prima linea, quando insorgano disturbi generali, sia nella menopausa spontanea che nella castrazione operatoria o attinica.

Uno dei rimedi più largamente somministrati è appunto l'estratto ovarico, totale o del corpo luteo; somministrato per 15-20 giorni ogni mese; esso agisce, oltre che per un suo eventuale ormone, per la sua azione vasodilatatrice in genere.

Largo uso hanno pure i preparati ipofisari; di recente si è consigliata la irradiazione Röntgen della ipofisi.

Si possono del resto dare preparati jodici; uno dei rimedi più utili per combattere i fenomeni di ambascia, di irrequietezza nervosa è la valeriana, sia sotto forma di tintura (20-40 gocce al giorno, in una tazzina di camomilla), sia nelle molteplici preparazioni farmaceutiche. Si intende che dovranno essere combattute le altre manifestazioni di

alterato ricambio, di incipiente vecchiaia di questo o quell'organo, sia col regime alimentare, rendendolo meno ricco di sostanze azotate, sia colle acque minerali o con le cure alle varie stazioni (S. Pellegrino, Montecatini, Agnano, Fiuggi, ecc. ecc.).

Nel periodo critico del climaterio in qualche caso può infine trovare utile impiego il *salasso*; si tratta di una pratica, che ha una sua tradizione popolare e che ora sta rientrando nella terapia ginecologica, in base ai concetti odierni, che tendono a vedere nel periodo premestruale uno stato di autointossicazione. Esso troverà indicazione sopratutto quando esistano fatti di ipertensione. Si possono togliere da 200 a 400 cmc. di sangue, una o più volte.

Varicocele pelvico.

Vanno anzitutto eliminate le condizioni che lo favoriscono (infiammazioni, spostamenti, stasi intestinale, stasi addominale). Importante è la somministrazione di medicamenti che aumentino il tono del sistema venoso; molto utili si sono dimostrati gli estratti pituitari oltre alla ergotina e l'Hydrastis. Una cura operativa può essere eseguita quando s'intervenga per altra indicazione, p. es. per fibromi, oppure per lo stesso varicocele facendo allora la legatura oppure la resezione previa legatura dei numerosi vasi ectasici. È stata anche proposta la legatura della vena utero-ovarica (Castano), che è però bene associare alla resezione delle vene varicose più grosse (Carlini).

Leucorrea.

Come sempre fondamentale identificarne la varietà, vaginale, cervicale, uterina, annessiale e la natura. Per le perdite purisimili legate a fatti infiammatori e quelle icorose fetide, legate a neoplasmi vedansi i capitoli dei singoli tumori e delle vulvo–vaginiti.

Nelle leucorree vere e proprie la cura deve essere spesso, oltre che locale, generale, e questa, ricostituente o psichica.

Però anche quando il fatto costituzionale (l'abito linfatico, scrofoloso, p. es.) è l'elemento primario, a mantenere la leucorrea può concorrere una alterazione della flora vaginale, il cui pullulare è favorito proprio dalle condizioni generali, sicchè ad un certo momento le due cure devono integrarsi a vicenda.

Inutile soffermarsi sulle cure ricostituenti e climatiche consigliabili; circa alle cure locali esse si riducono all'uso delle lavande vaginali disinfettanti e degli ovuli vaginali.

Le *lavande vaginali* devono essere fatte in posizione orizzontale, con acqua bollita tepida; si userà la cannula vaginale di vetro, preferibilmente del tipo con fori multipli laterali; l'enteroclisma sarà tenuto a circa un metro di altezza sul livello del letto; quantità media del liquido da usare un paio di litri. Sostanze più in uso: permanganato di potassio 1 per mille, solfofenato di zinco uno per cento, acido borico 2–3 per cento, allume o tannino, sia soli, sia in unione col borato di soda 10 per mille; cloruro di zinco (un cucchiaio di una soluzione a parti

uguali con acqua in un litro) e una serie di preparazioni commerciali (dal lysoformio, al metrosan, all'analba, all'eugin, ecc.).

Dopo la lavanda vaginale è bene che la donna stia qualche tempo in riposo; la cannula vaginale va bollita prima e dopo l'uso, ogni volta.

Gli *ovuli vaginali* sono indicati quando si voglia un'azione medicamentosa vaginale prolungata. Si fanno con gelatina solidificata nella quale vengono incorporate sostanze varie (joduro di sodio, jotione, protargolo, argirolo, ittiolo, solfofenato di zinco, tannino, ecc.).

Gli ovuli vengono portati nel fondo della vagina per lo più la sera; la temperatura del corpo è sufficiente a sciogliere la gelatina e la sostanza medicamentosa può così agire parecchie ore; c'è anche un'azione buona della stessa glicerina in rapporto alla sua avidità di acqua che determina una decongestione del collo.

La scelta degli ovuli è relativa alla causa che mantiene la leucorrea; i preparati d'argento (protargolo, argirolo) hanno la preferenza, quando ci siano precedenti blenorragici; quelli col tannino, il dermatolo, quando si voglia un'azione astringente e così via; quelli all'ioduro e con l'ittiolo quando ci siano postumi di flogosi annessiale.

L'uso degli ovuli vaginali è andato sostituendo nella pratica quello delle medicazioni con i tamponi di garza o di ovatta impregnati nelle singole sostanze. Questi ultimi richiedono l'applicazione delle valve e dello speculum, e quindi l'opera del medico; bisognerebbe che la malata restasse poi ferma a letto. Agli ovuli si può rimproverare una minore intensità di azione, ma essa è compensata da una maggiore comodità della cura.

Possono venire applicati o tutte le sere o a sere alterne, nelle prime fasi; poi gradatamente diradarne l'uso. Non sono consigliabili *nelle fasi acute*, sopratutto annessiali e febbrili.

Altri tipi di medicazioni locali, sono stati proposti ed ebbero varia voga; ricordiamo le polverizzazioni con l'acido borico, vioformio, dermatolo, ecc.; così pure si è ricorso all'azione dello zucchero, ma il risultato clinico non è stato superiore ai soliti mezzi.

Per la cura delle cerviciti, delle erosioni, dell'ectropion, dei processi flogistici utero-annessiali, vedi i singoli capitoli.

Dismenorrea.

Nelle forme in cui predomini l'elemento neuropatico-costituzionale la cura deve essere anzitutto generale; l'opoterapia troverà talora indicazioni nette, p. es. quando coesiste una ipoplasia genitale; o quando sia identificabile la minorazione funzionale di una data ghiandola (surrene, ipofisi, tiroide, ecc.). Sempre saranno buoni coadiuvanti una sana igiene (pag. 285), una cura climatica e una terapia sedativo-tonica del sistema nervoso. (Ricordare la benefica influenza della camomilla e della valeriana; utili anche i preparati bromici, brodonervolo, sedobrol, ecc.; ma non si dimentichi che bisogna anche tonificare, non solo calmare; il fosforo è ottimo medicamento; e sopratutto vantaggiose si mostrano le cure con calcio, anche per via endovenosa).

Benefici si possono avere dalla *diatermia*, specialmente nelle ipoplasie, con rigidità dei tessuti cervicali; e anche dalle applicazioni calde precedenti il periodo mestruale: si possono p. es. ordinare dei semicupi, progressivamente più prolungati e più caldi, nella settimana prima delle mestruazioni; inoltre talora giova il somministrare un purgante salino quando la mestruazione è imminente.

Si intende che nella profilassi rientra la cura di tutte le lesioni anatomiche che possono sostenere la dismenorrea: così i postumi dei processi flogistici annessiali, che, se non cederanno alle cure mediche, potranno essere eliminati con un atto operativo; così per la retroflessione che verrà ridotta; per i fibromi che si potranno asportare o irradiare, ecc.

Poichè nel maggior numero delle dismenorree si trova il reperto dell'utero rigido, con esagerata flessione dell'angolo fra corpo e collo, spesso con fatti di ipoplasia, si avrà giovamento dalla opoterapia, dalla irradiazione Röntgen stimolante l'ovaio o la ipofisi o entrambi, dalla diatermia.

Talora, quando ci si convinca della preminenza dell'elemento meccanico, e della mancanza di fatti flogistici può essere il caso di intervenire con la dilatazione del canale cervicale, e il raddrizzamento dell'angolo uterino. Il piccolo intervento è descritto a pag. 308. Esso può agire anche con una stimolazione diretta sul miometrio; ma non deve restare isolato; bensì venire associato alle altre terapie locali e generali.

Di fronte all'accesso dismenorroico gioveranno i seguenti suggerimenti:

riposo; applicazioni calde sull'addome; bagni caldi, anche ripetuti;

aspirina (centg. 50 per volta); antipirina (½-1 gr.); piramidone (15-20 centig.); tutti con o senza aggiunta di canfora (1 centg.); i cachets analgesici del commercio;

tutta la serie dei sedativi e degli oppiacei (laudano, pantopon, narcotol, allonal, cibalgina, veramon, bellafolina), per via gastrica, quando non ci sia intolleranza; ma di tutti essi è bene ridurre il più possibile l'uso per evitare la assuefazione;

le varie iniezioni sedative; delle quali sopratutto occorre fare parco uso (in certi soggetti, in cui l'elemento psichico predomini, talora gioverà la iniezione di acqua distillata, a scopo suggestivo);

per via rettale si possono somministrare dei piccoli clisteri (di 50-100 gr.) p. es. con laudano, 20-30 gocce, solo o associato con tintura di belladonna (p. es. 2 gr. di belladonna e 8 di laudano, 30 gocce per volta); oppure con cloralio idrato (2 gr. per volta); o anche con ½-1 gr. di antipirina.

si possono anche usare dei suppositori anali di burro di cacao in cui (su 3 gr.) si sia incorporato un centg. di estratto di belladonna, oppure 1–2 centg. di morfina, ovvero della antipirina.

Non si dimentichi infine che in certi casi possiamo avere giovamento dalle applicazioni di cocaina (10 %) sulla mucosa nasale (con un batuffolino di ovatta, lasciato in posto qualche minuto); in questi

casi si è poi visto un effetto permanente con una cura adatta dello specialista (p. es. resezione del turbinato inferiore).

Largamente usato fra i sedativi è il *viburnum prunifolium*; in molte preparazioni commerciali è associato ad emostatici come l'hydrastis, l'ergotina, per i casi di mestruazioni abbondanti dolorose; si dà per lo più sotto forma di estratto fluido a gocce, in media 20 per volta, ripetendole 2, 3 volte nel giorno. Si suole spesso associare l'estratto fluido di piscidia che è un analgesico, utile sopratutto negli stati di eretismo nervoso. Si può somministrare, come del resto il viburnum, a gocce, da 30 a 50 al giorno.

Ci sono casi ribelli ad ogni cura profilattica e poco sensibili anche alle cure sintomatiche, sopratutto perchè sopravviene la assuefazione; si arriva a vere psicosi in cui la cura psichica o ipnotica può raggiungere buoni risultati.

In altri casi si è ricorso a interventi operativi portati sul simpatico, con la simpatectomia dell'arteria ipogastrica od uterina e anche, più recentemente, con la *enervazione* dell'ovaio.

Tentativi analoghi sono stati fatti anche per altre forme dolorose, ivi compresi i casi di prurito vulvare invincibile e in generale nei dolori pelvici. Anche più recente è un nuovo tipo di intervento ideato allo stesso scopo: la *resezione del nervo presacrale* (1).

I risultati sono stati spesso brillanti, se pure non sempre permanenti; comunque sono atti operativi di cui è bene sia nota la possibilità anche al medico pratico, perchè possa indirizzare opportunamente le sue malate.

Nella dismenorrea membranosa la cura sintomatica si identifica con quella della comune dismenorrea. Una cura casuale è per lo più difficile; si può tentare un'opoterapia a base di tiroide o di ovaio; in qualche caso si è ricorso al raschiamento dell'endometrio, ma con risultato o negativo o solo transitorio.

Si tratta di una malattia ribelle e tenace, che può anche giustificare in qualche caso la castrazione attinica almeno temporanea.

Coccigodinia.

Quando si tratti di lesioni utero-ovariche dovranno essere curate queste. Nelle forme che si presumono nevralgiche può essere utile la cura jodica arsenicale e la diatermia. Nei casi gravi ribelli si è anche fatta la asportazione del coccige.

---

(1) Chi voglia maggiori particolari può vedere: R. Leriche in *Presse Médicale* 1923, n. 29, sulla simpaticectomia ipogastrica e ovarica; Cotte e Dechaume in *Journal de Chirurgie* n. 6, 1925; e anche in *Presse Méd.* 15 dicembre 1926, sulla chirurgia del simpatico pelvico; Lhermitte e Dupont in *Obstetr. et Gynéc.* marzo 1927 sulla enervazione dell'ovaio; Delmas e de Rouville in *La Gynécologie*, marzo 1927, sulla anatomia del nervo presacrale.

V. anche Chiarello, in *Rinascenza Medica*, n. 7, 1927; dove, oltre alla tecnica sulla resezione del nervo presacrale, si riferiscono delle applicazioni fatte per curare i dolori strazianti nei casi di cancro uterino inoperabile o recidivo.

Prurito vulvare.

Ricercare la eventuale causa generale e locale e curarla.

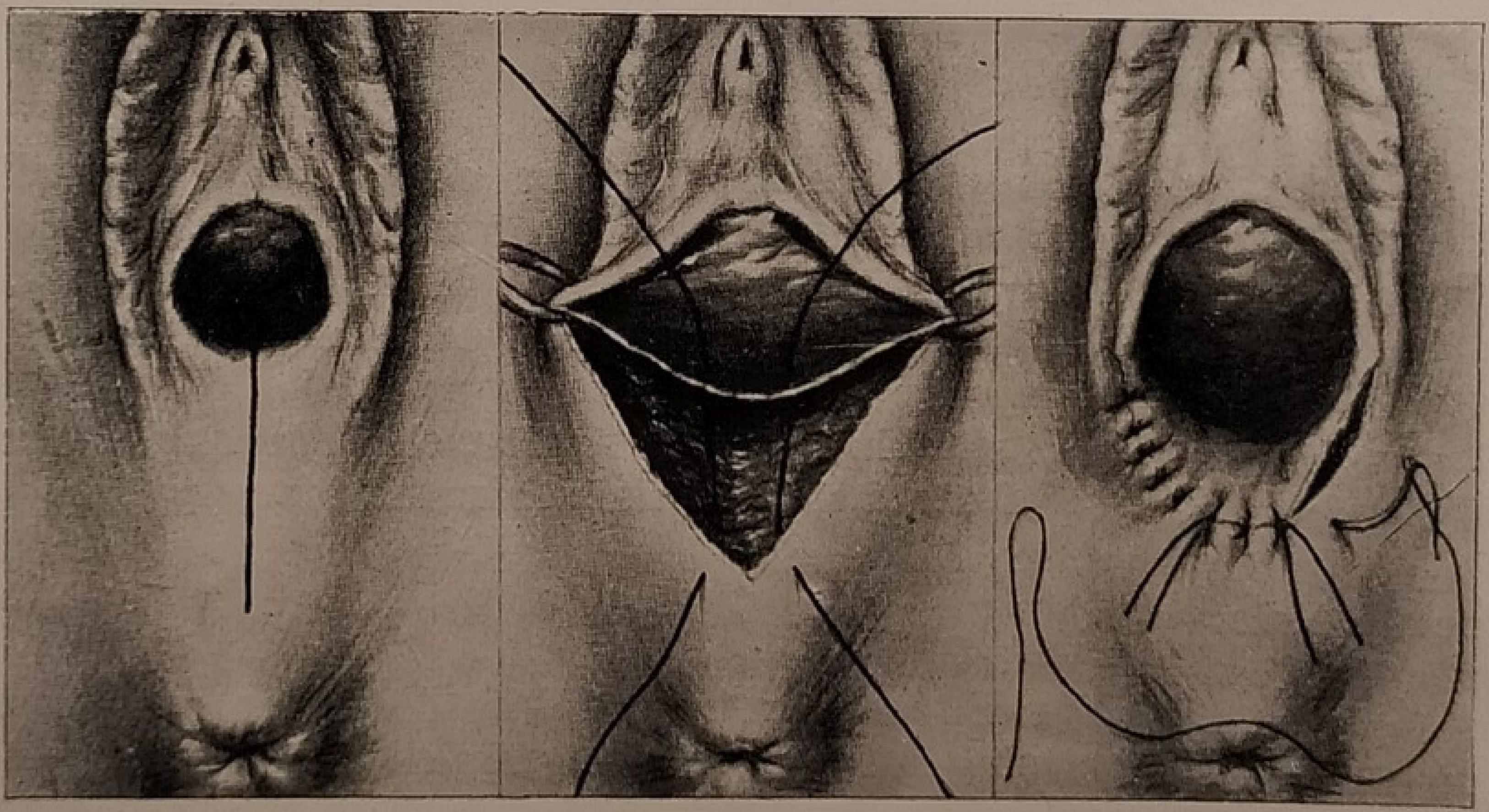
Dal lato sintomatico: pulizia con acqua tepida e sapone e lavande con acido fenico al 3 e 5 %; è consigliabile premettere la tricotomia. A volte buon risultato dà la resorcina al 5 % in lanolina-vaselina, oppure una pomata di cocaina al 3-5 %.

Vi sono tuttavia casi ribelli ad ogni trattamento; per essi si è ottenuto qualche volta un successo con l'uso dei raggi X (talora con raggi molli, poco filtrati, ma talora con raggi duri (3 mm. di alluminio). Si deve evitare la dose dell'eritema.

Prima della introduzione della radio-terapia, nei casi sopratutto in cui la zona del prurito è circoscritta, si praticavano le causticazioni locali col ferro rovente, col Pacquelin, oppure si facevano delle asportazioni chirurgiche dei tessuti vulvari e qualche volta senza alcun successo, rimanendo poi di nuovo sede del prurito la cicatrice.

Vaginismo.

Quando ci sono condizioni locali che lo determinino, si dovranno eliminare per quanto è possibile (imene eccessivamente resistente, setti vaginali).



Allargamento della vulva (da CROSSEN).

FIG. 207. Direzione della incisione.

FIG. 208. Modo di suturare la mucosa vaginale con la cute perineale.

FIG. 209. A sutura quasi ultimata.

Quando si siano prodotte delle lesioni locali, escoriazioni dolorose, stati flogistici, è necessario prescrivere il riposo sessuale fino alla loro guarigione.

Quando si trovi un orientamento anormale della vulva con altezza eccessiva del pube (*v.* pag. 30), si darà il consiglio di sollevare fortemente le gambe e le coscie sul tronco in modo da orientare meglio l'apertura vulvare.

Quando manca il consenso femminile e non c'è la secrezione che facilita l'*immissio penis*, o quando c'è realmente una esagerata sensibilità locale, possono tornare utili le applicazioni di pomate analgesiche; p. es. con cloridrato di cocaina o belladonna 1 °/o in vaselina e lanolina.

Quando sembri esistere una reale strettura vulvo-vaginale possono convenire le dilatazioni graduali p. es. con dei grossi dilatatori di Hégar, spalmati di vaselina.

Altre volte, sia per vincere la strettezza anatomica, sia per opporsi alla contrattura spastica muscolare è necessario ricorrere all'intervento operativo: in narcosi si pratica una incisione mediana longitudinale più o meno profonda e si suturano poi i margini mucosi con quelli cutanei in modo da portare l'estremo superiore della incisione mucosa a contatto con l'estremo inferiore della incisione cutanea; cioè una plastica perineale inversa, quale è evidente nelle figure 207-209.

Mezzi coadiuvanti sono sempre i bagni caldi, i sedativi del sistema nervoso; la psicoterapia: a questi mezzi bisogna dare la preminenza nelle forme di dispauremia in cui l'elemento nervoso è predominante; sono del resto i casi più ribelli, come si disse a pag. 114.

Sterilità.

A quanto già si è detto parlando della diagnosi e delle direttive generali terapeutiche (pag. 119), a quanto si è consigliato nel capitolo della oligomenorrea e amenorrea (pag. 293) che sono spesso presenti in casi di sterilità e che vanno curate nelle loro cause generali, oltre o più che localmente, aggiungiamo qui qualche altro suggerimento terapeutico.

Senza ritornare sulla necessità della indagine preliminare sulla potenza fecondante del liquido seminale, ricordiamo solo che essa è preminente quando l'esame ginecologico non faccia rilevare lesioni manifeste.

Allora bisogna studiare bene il singolo caso e ricercare i nemaspermi in vagina e nel canale cervicale a breve distanza dal coito. Nei casi, in cui si trovino pochi spermatozoi o morti, si dovrà ricercare se ciò dipende dal marito, oppure da anormale reazione del secreto cervicale e vaginale. In quest'ultimo caso, medicazioni cervicali o lavande vaginali alcaline potranno migliorare la situazione (1).

(1) La ricerca della reazione della secrezione vaginale è sempre fra le indagini da fare; se risulti una acidità eccessiva, si potrà modificare con delle lavande di bicarbonato di soda.

Fra i piccoli accorgimenti, talora utili, quando non troviamo cause manifeste e pensiamo solo a una minorazione della fecondità ricordiamo: il riposo sessuale, per un certo tempo e il circoscrivere i rapporti nel periodo immediatamente prima e dopo la mestruazione.

Inoltre, quando ci sia facile deflusso dello sperma, è bene mantenere alzato il bacino e stringere fortemente le coscie subito dopo il coito.

Meno facile è giudicare della potenza fecondante femminile, che potremmo dedurre in parte dal ritmo e dal tipo della mestruazione, oltre che dallo sviluppo dell'utero.

La deficienza assoluta mestruale fino alla amenorrea, i gradi più spiccati d'ipoplasia, in cui l'isterometro non segni più di 5–6 centimetri, mentre sono documenti dell'origine femminile della sterilità in quel dato caso, costituiscono anche una ragione per escludere l'utilità di un trattamento locale (1).

Questo potrà essere indicato nelle ipoplasie meno spiccate, nella stenosi del canale cervicale, nella antiversione o retroversione uterina. Il trattamento locale consiste allora nella graduale dilatazione del collo o nella sua discissione cruenta con l'applicazione del pessario endouterino (pag. 308) e, quando ci sia pure retroversione, anche col pessario vaginale o la isteropessi pelvica.

Prima però di accingerci a tale intervento bisogna essere sicuri: per non fare opera dannosa, che non ci sia alcun processo flogistico utero–annessiale, anche latente; per non fare opera inutile, che siano pervie le trombe (*v.* pag. 74). E sempre si dovranno associare le cure generali, climatiche, mediche di cui già si disse (pag. 293) senza dimenticare che elioterapia, raggi ultravioletti, raggi X a dosi eccitanti, sono tutti mezzi con i quali possiamo ottenere un miglioramento nel trofismo dell'utero e delle ovaie.

E non si dimenticherà di valutare opportunamente il fattore costituzionale o endrocrino, che si tenterà di modificare con opoterapia uni- o polighiandolare, oppure con i raggi X (p. es. irradiazioni della tiroide nel morbo di Basedow–Flajani; irradiazioni della ipofisi nelle forme acromegaloidi e nelle distrofie adipose, ecc.).

Una grande parte nella cura della sterilità spetta alla terapia dei processi infiammatori, con i vaccini, con la diatermia, con i bagni salso–jodici e così via.

Quando i postumi annessiali siano tali da occludere le trombe può essere tentata la salpingostomia con la formazione di un nuovo padiglione; oppure, più audacemente, può farsi il trapianto dell'ovaio direttamente nel miometrio, come insegnò il Tuffier. Qualche caso favorevole si è avuto con l'una e con l'altra tecnica, ma con la prima ci sono stati anche casi di sopravvenute gravidanze extrauterine, con la seconda ci sono già dei casi in cui si dovette ricorrere a una nuova laparotomia per le sofferenze provocate dall'ovaio trapiantato.

Altre operazioni potranno essere richieste per togliere ostacoli meccanici, come briglie cicatriziali, stenosi, setti vaginali, per curare un vaginismo e così via.

---

(1) Anche il criterio della *età* è fondamentale: ci capitano talora alle consultazioni delle signore che hanno ormai (anche per loro confessione, oltre che per l'aspetto !) varcata la quarantina e che vorrebbero un figlio: a volte sono sterilità primarie; a volte si tratta invece di signore che 15-20 e più anni prima hanno già partorito e adesso hanno perduto il figlio e lo rivorrebbero, oppure sono passate a seconde nozze ed è il nuovo marito che più ci tiene... Ora si capisce che le probabilità di successo sono molto scarse, tanto più quanto più ci si allontana dal periodo della massima fecondità, fra i 20 e i 30 anni.

Operazioni di maggiore importanza possono essere richieste in casi speciali, per esempio, per tumori ovarici od uterini, che accade talora di diagnosticare precocemente proprio in donne che vengono a chiederci consiglio su una loro sterilità. Qui la cura è indicata per la lesione morbosa in se stessa, mentre nel medesimo tempo possono aumentare le probabilità di fecondazione, quando sia possibile una cura conservativa.

Ipoplasia uterina.

Per le cure generali e ormoniche vedasi nel capitolo della amenorrea; qui ci basta riaffermare che le operazioni fatte allo scopo di togliere la stenosi cervicale o la flessione esagerata dell'istmo, quasi costanti compagne della ipoplasia, non risolvono in genere il problema del deficiente sviluppo dell'organo.

Possono valere di più le cure generali ricostituenti, la ginnastica con predominio dei movimenti che favoriscono la circolazione pelvica, la opoterapia (ovarica, ipofisaria, tiroidea, secondo i casi; spesso associate); la radioterapia a piccole dosi ($1/4$- $1/10$ della dose ovarica); la diatermia, la elioterapia artificiale o naturale.

Non bisogna sperare molto dalle varie cure, sopratutto quando ci siano postumi di processi flogistici, per lo più specifici; più forse si ottiene se si tratta solo di ritardi nello sviluppo e le cure siano richieste e date in tempo, oppure nelle atrofie secondarie.

Fra le cure che sono state attuate, ricordare come *ultima ratio* l'innesto delle ovaie.

Antiflessione esagerata e stenosi del collo.

Le indicazioni a dilatare il collo e a raddrizzare l'angolo di flessione esagerato fra corpo e collo sono andate sempre più restringendosi, mano mano che si è fatto strada il convincimento che tali anomalie costituiscono solo uno dei fattori, e non il più importante, della dismenorrea e della sterilità, le due condizioni cioè che si presumeva così di curare.

Lo studio costituzionalistico ed endocrino, le migliorate cognizioni sulla patologia genitale infantile, sopratutto nei riguardi della tubercolosi, e delle distrofie in genere utero-ovariche, che seguono oltre alla tubercolosi ad altre malattie infettive, le moderne vedute sui fattori biologici della sterilità, hanno utilmente contribuito a ridurre tali interventi. Comunque non si deve nemmeno esagerare nel togliere ogni importanza al fattore meccanico uterino, e quando siamo ben sicuri che non esistono lesioni annessiali concomitanti o manifesti postumi di esse e non esistono fatti flogistici, vulvari, cervicali, endometriali, si potrà anche ricorrere alla dilatazione del canale cervicale, aggiungendo, ove occorra, l'operazione di plastica del collo (1).

---

(1) Per non fare un'operazione inutile sarebbe conveniente di premettere l'esame della *permeabilità tubarica*, con la quale possiamo svelare dei postumi, funzionalmente gravi ma non riconoscibili all'esame obbiettivo; questo s'intende nei riguardi della sterilità; meno importanza potrebbe avere la ricerca, quando l'intervento sia reclamato specialmente dalla dismenorrea.

Qualche ginecologo usa fare delle dilatazioni graduali ambulatoriamente, passando entro il canale cervicale fino oltre l'orificio interno la serie dei dilatatori di Hégar, cominciando dai più piccoli fino al numero sette-otto. Però osserviamo che, quando questo è possibile, non si tratta di solito di vere stenosi del collo, che meritino una dilatazione; sono quindi per lo più manipolazioni superflue, ma sopratutto è da rilevare che non sono senza pericolo, perchè è difficile evitare l'inquina-

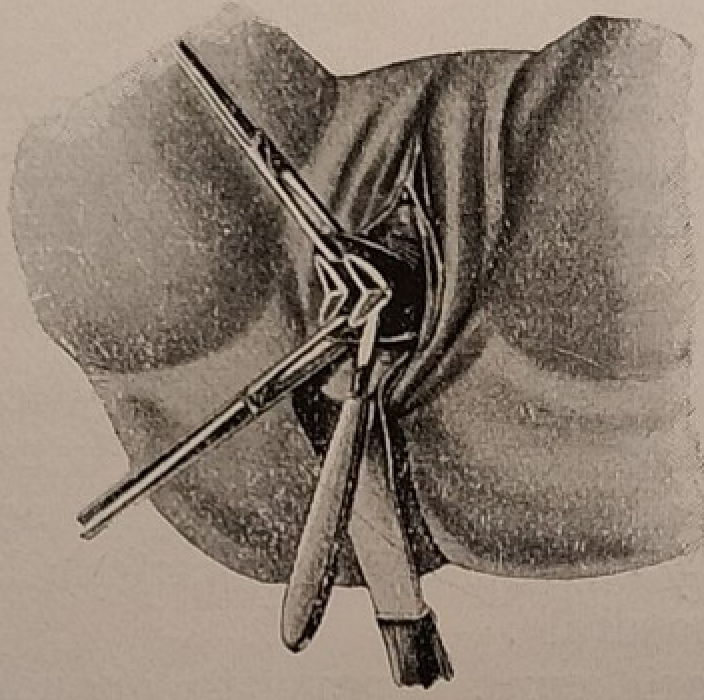


FIG. 210.
Discissione del collo.

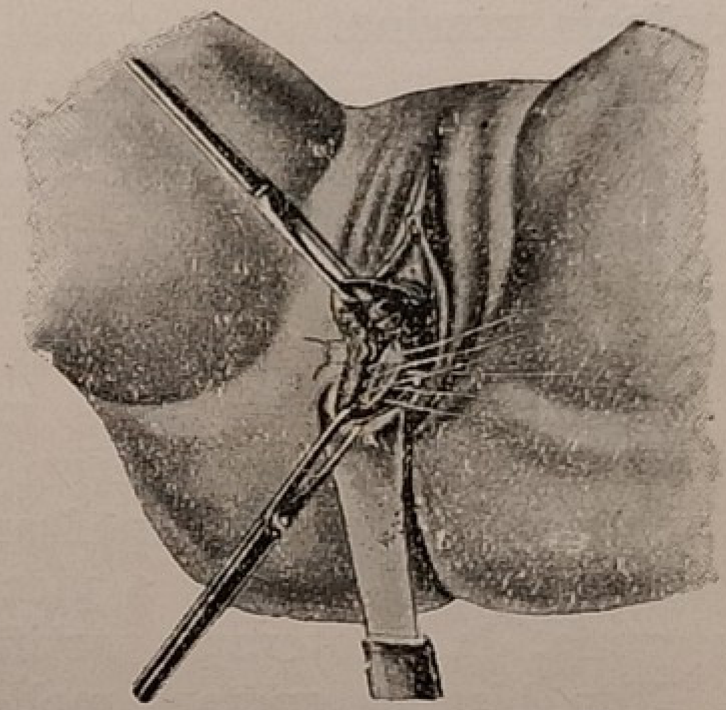


FIG. 211.
Sutura del collo dopo la discissione.

(da CINAGLIA–MICHELI).

mento della cavità uterina, tanto più pericoloso quando queste manovre sono fatte ambulatoriamente.

Nelle vere antiflessioni accentuate, cioè in quelle meritevoli davvero di cura meccanica, è difficile, senza la narcosi, il passaggio anche dei piccoli dilatatori e pure a donna addormentata qualche volta l'angolo di flessione rimane così accentuato che conviene premettere la discissione del collo.

La tecnica che noi consigliamo e seguiamo è la seguente: anestesia generale o lombare; controllo del reperto ginecologico per individuare eventuali lesioni annessiali che fossero sfuggite a donna sveglia; disinfezione con acido picrico della vagina e del collo, dopo averlo messo allo scoperto con le valve; se ne afferra con le pinze il labbro anteriore e posteriore e si stira in basso; dalla spostabilità di esso avremo così una controprova che mancano postumi sensibili di fatti flogistici annessiali; quando invece non si riesca a spostarlo, possono sorgere dei dubbi sulla convenienza di proseguire nell'intervento.

Saggiata con la sonda e con uno dei piccoli dilatatori la permeabilità del canale cervicale, si passerà successivamente tutta la serie, di mezzo in mezzo millimetro, fino al numero nove. Ricordarsi che per superare l'orificio interno, dove la resistenza è maggiore, si deve abbassare molto il manico del dilatatore; non ostante questo accorgimento, qualche volta, come si disse, occorre prima tagliare trasversalmente il collo e allora è possibile inclinare il dilatatore quanto occorre. Attenti a non forzare e a non fare false strade.

A questo punto si possono o no aggiungere delle operazioni complementari sul collo, secondo le varietà di questo. La operazione che trova più larga applicazione e che si fa nei colli lunghi infantili è la cosidetta discissione del collo, associata o no allo svuotamento commissurale secondo Pozzi.

La discissione si fa con due colpi di bisturi e di forbici, dividendo in due labbra, uno anteriore, uno posteriore, il collo per un tratto di due o tre centimetri. Si devono poi applicare dei punti di sutura, sia a scopo emostatico, sia per riavvicinare la mucosa cervicale alla mucosa della *portio*. Per rendere questo più facile è bene mobilizzare i margini con una incisione fatta parallelamente e fra mezzo ad essi: sono quindi quattro le incisioni, due anteriori, due posteriori; è bene che la emostasi sia accurata, specialmente in alto dove il tessuto sanguina facilmente.

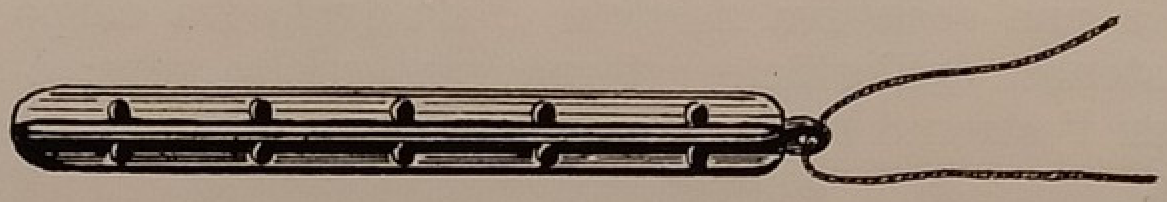


FIG. 212. – Pessario endouterino di PETIT–LEFOUR.

Per rendere maggiore l'avvicinamento invece della semplice incisione suddetta, si potrà fare, come Pozzi aveva indicato, la asportazione del cuneo di tessuto interposto fra mucosa della *portio* e mucosa cervicale; questo sarà sopratutto indicato nei colli ipertrofici.

Altre operazioni plastiche complementari sono state proposte ed eseguite da vari Aa. secondo la varietà del collo, ma sono di raro richieste e richiedono un tecnicismo non sempre alla portata del pratico.

Quando ci siano irregolarità mestruali, può convenire associare anche un raschiamento dell'endometrio.

Il raschiamento va anche eseguito nel canale cervicale sopratutto quando esistono delle ripiegature valvolari della mucosa la cui presenza può concorrere a spiegare la difficoltà del passaggio verso l'utero.

Per mantenere la dilatazione ottenuta ed il raddrizzamento dell'utero è stato molto in uso il pessario endouterino. Ce ne sono di varie fogge; uno dei più usati è quello di Petit–Lefour; è bene che siano di argento, così, prima che con l'ebollizione, si possono sterilizzare direttamente sulla fiamma; vuoti nell'interno presentano anche molte scanalature sul contorno esterno, in modo da permettere il deflusso di materiale dall'utero; il pessario viene introdotto fino dentro la cavità uterina; all'estremità inferiore presenta degli occhielli; entro ad uno si fa passare un filo di seta che servirà ad ancorare il pessario al collo, per lo più al labbro anteriore; altrimenti l'utero se ne libererebbe ben presto; nell'altro si passa un secondo filo si seta, che sarà utile per estrarre il pessario. Questo si può togliere dopo otto–dieci giorni.

Durante la permanenza del pessario bisogna sorvegliare la temperatura accuratamente; se ci siano rialzi termici e se specialmente s'ini-

ziano fatti di reazione dolorosa locale è meglio levare subito il pessario; anche così a volte non si riesce a scongiurare il riaccendersi di un processo flogistico parametrale, annessiale, peritoneale, che fosse ignorato o latente. Sono moltissimi i casi in cui delle donne fattesi operare per sterilità, non solo sono rimaste sterili, ma sono passate attraverso delle complicazioni pericolose e di lunghissima durata, il che deve esser sempre alla mente del medico pratico per trattenerlo dal fare alla leggera degli interventi del genere.

Questi infatti sono bensì semplici come esecuzione, ma richiedono esperienza clinica e critico discernimento nello stabilirne le indicazioni.

Le stenosi cervicali congenite sono per lo più limitate all'orificio interno ed in rapporto o alla rigidità dei tessuti, alla ipoplasia generale uterina, o a una eccessiva flessione dell'angolo fra corpo e collo.

Vere stenosi dell'orificio esterno sono molto rare; è difficile che non vi passi l'estremo bottonuto della sonda, è in ogni modo agevole il dilatarlo.

Le stenosi cicatriziali (dopo parti, aborti, causticazioni locali), possono invece richiedere dei veri interventi operativi, non sempre agevoli, quando resti obliterato in parte, maggiore o minore, il canale cervicale.

La indicazione ad intervenire è di solito data dalla ritenzione di sangue mestruo, con i conseguenti dolori e aumento di volume dell'utero.

Lesioni traumatiche.

Perforazione dell'utero.

Se non ci sono segni di emorragia interna, se la cavità uterina non è settica, può bastare il riposo a letto in posizione sollevata del tronco, con ghiaccio sul ventre e competente sorveglianza.

Bisogna invece intervenire immediatamente, quando la lacerazione sia estesa o ci siano complicazioni a carico dell'intestino o della vescica; per lo più si deve demolire l'utero.

Ad ogni modo il medico pratico ricordi che queste malate vanno immediatamente ospedalizzate.

Lacerazione dei fornici.

Quando sono molto emorragiche possono richiedere qualche punto di sutura e se questo sia difficilmente applicabile si farà l'emostasi con qualche pinza Péan, Kocher, Klemmer, lasciandola in sito qualche ora. Quando è interessata la cavità peritoneale, è bene mettere un drenaggio nel Douglas.

Lacerazioni del collo.

Quando si associano ad ipertrofia longitudinale o a prolasso può convenire di fare addirittura l'amputazione del collo; per lo più però bisogna evitarla e ricondurre al reciproco contatto i margini discontinuati e divaricati. All'intervento operativo bisogna far precedere una cura preparatoria, detersiva, prolungata. Non è necessaria la narcosi, ma è sufficiente l'anestesia locale, se si tratta di donne tran-

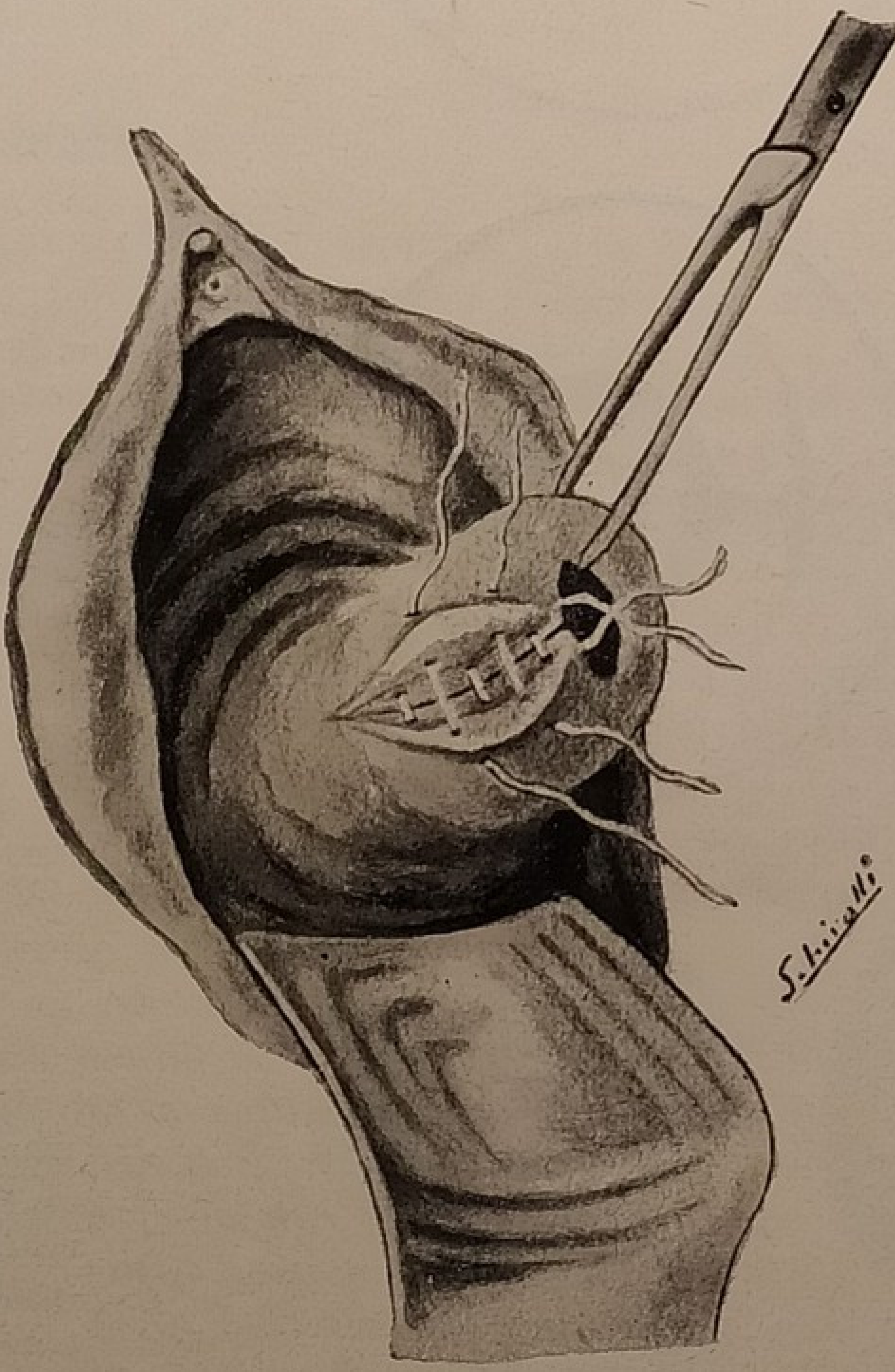


FIG. 213. – Trachelorafia; è già suturata la mucosa cervicale, e l'orif. est. del collo ha ripreso la forma normale; ora si applicano i punti esterni.

quille e se l'utero è mobile. Quando la mucosa ectropizzata è esuberante conviene tosarla con forbici piatte.

Il processo operativo da preferire per la *trachelorafia* è quello che si basa sullo sdoppiamento dei lembi, invece che sulla semplice cruentazione dei margini.

Messo allo scoperto il collo, con un bisturi viene praticata un'incisione dall'estremo anteriore fino dove la lacerazione comincia e si libera così la mucosa esterna della *portio* dalla mucosa cervicale.

Con dei punti staccati in catgut s'introflettono allora i margini interni in modo che si viene a ricostituire la parte bassa del canale

FIG. 214. – Schema della Trachelorafia D.: nella figura è tratteggiata la incisione che va fatta per sdoppiare i lembi.

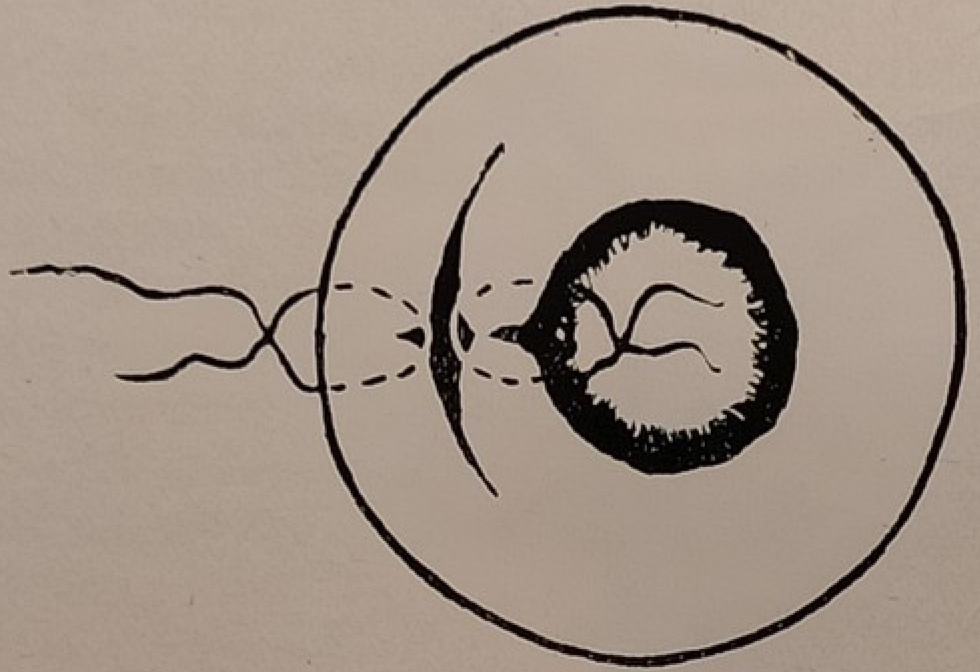
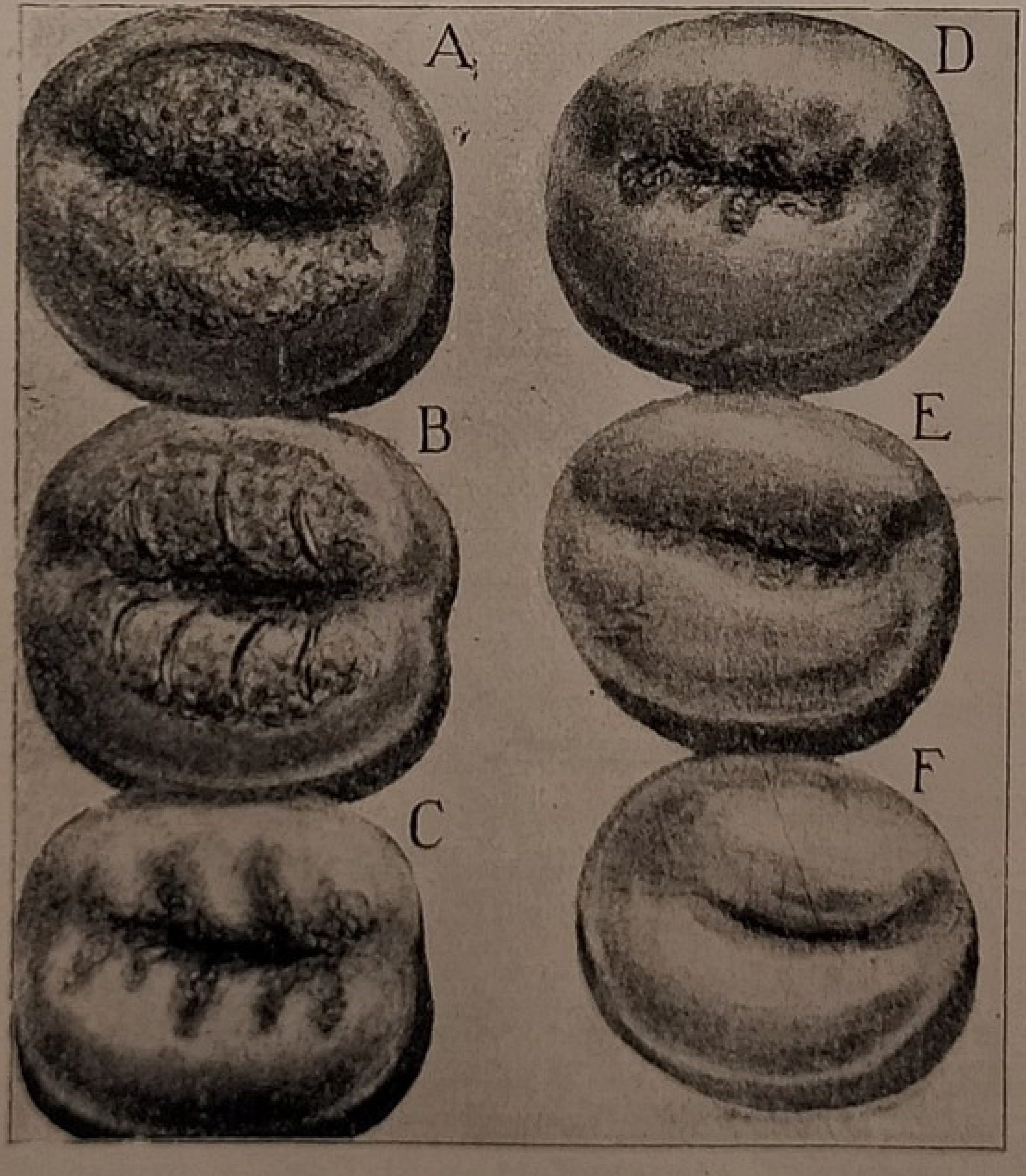


FIG. 215. – Schema della Trachelorafia D.; la mucosa *cervicale* è suturata, in modo che viene ricostituito il canale cervicale; poi si sovrappone la sutura della mucosa della *portio*.



A: Come era l'ectropion;

B: Segni delle causticazioni lineari (marzo 1911);

C: Inizio della retrazione (settembre 1911);

D: Stadi successivi (novembre 1911);

E: Stadi successivi (aprile 1912);

F: Guarigione persistente (aprile 1914);

(da DICKINSON).

FIG. 216. - Vari stadi di passaggio di un ectropion curato con causticazioni lineari.

cervicale. Si avvicinano poi con punti pure staccati i margini della mucosa della portio.

Per lo più la lacerazione è unilaterale, qualche volta però occorre la trachelorafia d'ambo i lati.

Quando si tratta di lacerazioni piccole e quindi di ectropio modico si può ottenere un soddisfacente risultato anche senza ricorrere alla plastica, facendo invece delle causticazioni con Paquelin in modo che il processo di retrazione successiva riduce la apertura del collo; i vari stadi di passaggio sono evidenti nella figura 216.

Nei gradi ancora più lievi la cura si identifica con quella medica delle erosioni.

Lacerazioni perineali.

La cura è chirurgica. La tecnica varia secondo l'entità della lacerazione. I tempi fondamentali sono i seguenti: 1º) incisione lungo la commessura vulvare posteriore nel limite fra cute e mucosa; 2º) scollamento della mucosa vaginale e messa in luce del piano muscolare, previo scollamento del retto, quando occorra; 3º) avvicinamento dei piani muscolo-aponevrotici che erano discontinuati. Sutura della vagina in senso longitudinale (non c'è di solito nulla da asportare; c'è se mai deficienza, non esuberanza di tessuto; tutt'al più si regolarizzeranno i margini se sono troppo cicatrizziali, come nelle guarigioni per seconda); 4º) avvicinamento del sottocutaneo con punto ad U e sutura in seta della cute.

Quando la lacerazione perineale interessa pure il retto bisogna come 1º tempo isolare i margini di questo e riunirli con sutura alla Lembert. Si procede poi alla solita plastica.

Nei casi in cui si formino fistole vagino–rettali è bene attendere qualche settimana prima di operarle, poichè spesso si chiudono spontaneamente, quando la soluzione di continuo sia circoscritta, non si tormenti la puerpera con purganti o clisteri dannosi e si riduca invece al minimo la funzione intestinale.

Prima d'intervenire occorre tenere la malata a dieta per qualche giorno e praticare delle lavande vaginali detersive. La tecnica operatoria è varia.

Se la fistola è alta, se è conservato lo sfintere, è preferibile fare lo scollamento dei margini vaginali e rettali e suturarli poi in due piani.

Se la fistola è bassa e il ponte di tessuto saldatosi al disotto è breve, meglio è far saltare anche questo con un colpo di forbici e rifare da capo tutta la sutura della parete rettale, isolandone bene il margine per completare poi il resto della sutura perineale.

Malconformazioni dei genitali.

Quando la malconformazione genitale porti ritenzione del sangue mestruale occorre intervenire chirurgicamente. La cura è facile quando si tratti di imperforazione dell'imene, di atresia bassa vaginale cir-

coscritta, di sinechie limitate cervicali; può diventare più complessa nelle atresie estese, fino a richiedere degli atti laparotomici, come anche quando esista un ematosalpinge, o una duplicità dell'utero con un corno impervio.

Il caso più semplice è quando si tratti di un imene imperforato o di un semplice setto vaginale trasversale; di solito lo spessore è esiguo, tanto che traspare il colore ematico della massa sovrastante; basta allora una semplice incisione, al centro del sepimento; è bene lasciar defluire lentamente la raccolta, che è di solito color cioccolato, collosa, senza fare alcuna pressione dall'esterno, senza aggiungere alcuna irrigazione locale; quando il setto è piuttosto spesso e dà sangue, si possono applicare un paio di punti anche allo scopo di evitare il coalito successivo fra i lembi cruentati.

Quando invece la occlusione della vagina è estesa, si tratta di dover farsi strada attraverso un lungo tragitto e bisogna procedere cautamente per non ledere in avanti la parete vescicale e indietro quella rettale, che sono spesso a immediato contatto; bisogna guidarsi con un catetere in vescica e un dito nel retto, ma a volte è saggio desistere dal tentativo e cambiare il piano operatorio, ricorrendo alla laparotomia.

Comunque è da ricordare che in queste atresie estese, quando si è dato esito al sangue raccolto a monte dell'ostacolo, non si è compiuta l'opera: resta un tunnel irregolare, scavato in tessuto connettivo, senza un rivestimento mucoso e quindi è inevitabile o il riprodursi della occlusione o almeno di una stenosi, che disturberà le ulteriori mestruazioni e in seguito renderà impossibili i rapporti sessuali. In questi casi occorrono operazioni complesse di plastica per tentare almeno di epitilizzare parzialmente la apertura fatta, ossia si richiedono accorgimenti vari da caso a caso, e non alla portata del medico pratico.

Così dicasi per le audaci operazioni che sono state ideate ed eseguite, in casi di mancanza della vagina, allo scopo di farne una nuova, servendosi di un'ansa intestinale. Qui si tratta di alta chirurgia; occorre non solo fare la lunga nuova strada fra retto e vescica, ma si deve prima procedere alla esclusione di una sufficiente ansa del tenue, e poi portare questa nel lume vaginale. Il medico pratico basta che sappia l'esistenza della operazione per indirizzare opportunamente le malate che ne possono aver bisogno.

Per quanto si riferisce ai genitali interni ricordiamo che per lo più la cura è per così dire accidentale, dato che l'anomalia viene riconosciuta nel corso di qualche intervento laparotomico (p. es. per fibromi, o per tumori ovarici, o realmene esistenti e complicanti la malformazione o da questa mentiti, come quando si interviene per gravidanza extrauterina e si trova una gravidanza nel corno impervio di un utero bicorne, ecc.).

Altre volte, la minoranza certo, si opera proprio per la malformazione, quando essa abbia dimostrato di essere dannosa p. es., per la evoluzione delle gravidanze: il tipo dell'intervento varia da caso a caso; la più razionale e conservatrice fra le operazioni è quella proposta

da Strassmann per i gradi meno accentuati di utero bicorne, in cui si può fare la riunione dei due corni, previa la resezione della parete interposta.

Come dicevamo a proposito della vagina artificiale, anche per queste operazioni basta che il medico pratico sappia che sono possibili, che non soltanto sono state ideate, ma vengono anche eseguite e così potrà dare utili suggerimenti alle sue ammalate.

Prolasso utero-vaginale.

La cura è essenzialmente operativa. Solo in rari casi si potranno usare i pessari vaginali (per esempio in donne ormai decrepite, per età o malattie generali): ce n'è di varia foggia; il Fabbri aveva proposto un modello di celluloide, che egli plasmava secondo i singoli casi, e che chiamava *a becco esterno*, per la caratteristica che un estremo veniva a sporgere dai genitali, rendendo facile la rimozione da parte della stessa donna. Un tipo più comune è quello anulare di gomma piena: ve n'è di vari diametri; dopo ridotto il prolasso, si introduce in vagina l'anello piegato e lo si dispone in modo che si distenda in senso trasversale; così si oppone alla ulteriore discesa dell'utero.

Gli inconvenienti legati a questo tipo di cura sono molti; fra tutti ricordiamo: la necessità di dovere progressivamente aumentare le dimensioni del pessario, perchè risponda al suo scopo; la irritazione locale dovuta alla lunga permanenza del corpo estraneo; la possibile formazione di ulcerazioni necrotiche. Nei tempi andati si sono descritti anche casi di incarceramento di pessari vaginali.

Oggi col prevalere delle cure precoci e anche profilattiche (sutura di lacerazioni perineali, riduzione dell'utero retroflesso, ecc.), col diffondersi della cura chirurgica, l'uso dei pessari è molto ridotto.

Mezzi coadiuvanti nella cura, e preparatori all'intervento, sono: il riposo prolungato in posizione orizzontale; l'uso di un'adatta fascia addominale; le lavande vaginali, p. es. con tannino, allume; lo svuotare spesso la vescica.

Nei casi, in cui si siano prodotte delle ulcerazioni trofiche o da decubito, bisogna mantenere ridotto l'utero anche mediante applicazione di batuffoli di ovatta in vagina; è bene imbeverli di soluzione fisiologica o di liquido di Ringer, ovvero di soluzione di ipoclorito di soda.

In ogni modo, prima d'intervenire, è bene far precedere sempre una serie di irrigazioni vaginali disinfettanti (con lysoformio, ipoclorito, borato di soda, euclorina, permanganato di potassio, ecc.).

Il tipo dell'intervento va regolato secondo la varietà del prolasso e la estensione. Le linee direttive razionali, che vanno seguite, sono state tracciate fin dal 1902 dal Pestalozza, quando pensò che il prolasso va considerato come un'ernia e che, essendo dovuto essenzialmente alla insufficenza del pavimento pelvico, non può trovare la cura nella resezione per quanto estesa dei tegumenti cutanei e mucosi, ma solo nell'affrontamento esatto dei piani muscolo-fibrosi sottostanti.

Concetti in seguito da tutti accettati, ma che già dal 1898 avevano condotto il Pestalozza, primo fra tutti, a eseguire la ricostruzione anatomica del piano pelvico.

Altra norma ormai seguìta da tutti i ginecologi è di non procedere alla asportazione dell'utero, anche in casi di spiccato prolasso, ove essa non sia comandata da altri motivi; la isterectomia nella cura del prolasso è un metodo chirurgico, *non ginecologico;* e così i ginecologi proscrivono

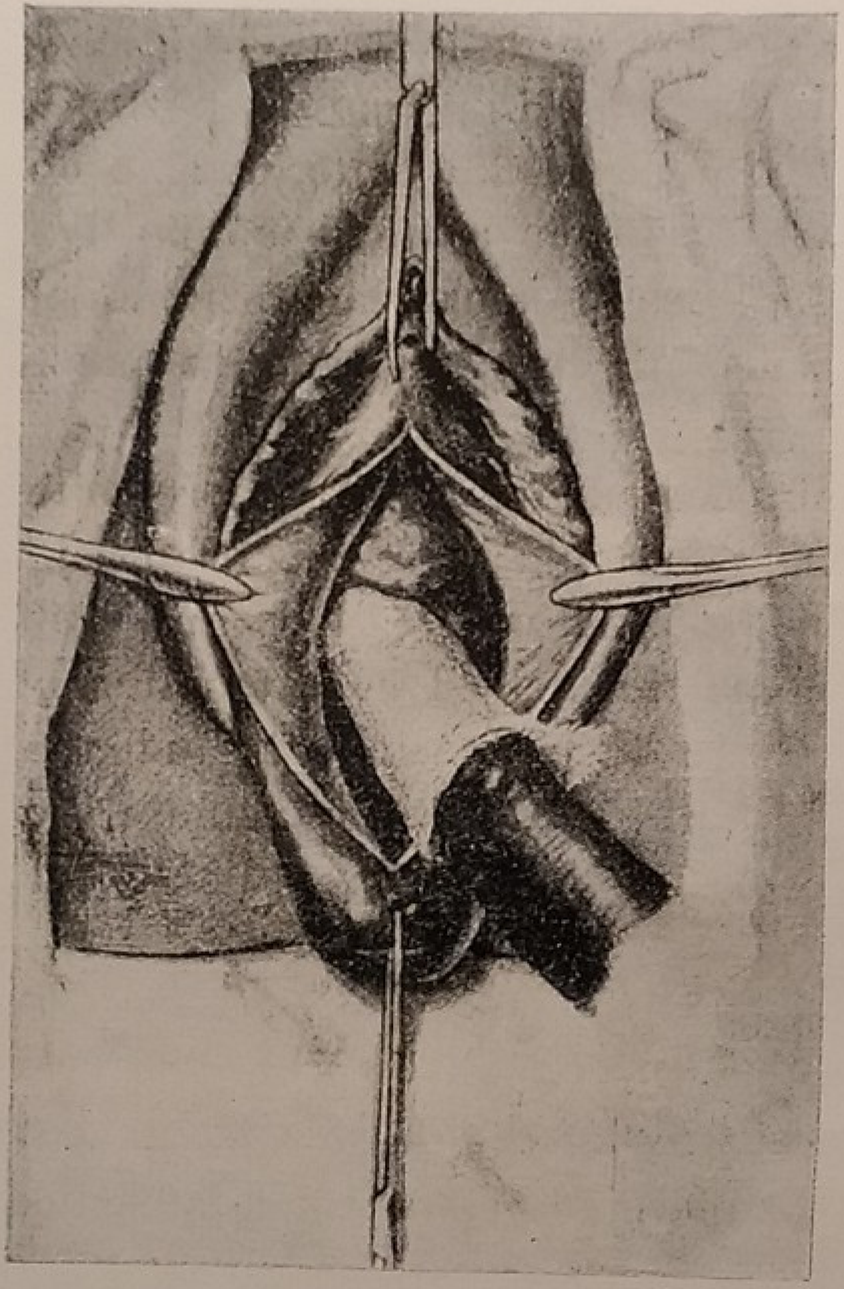


FIG. 217.

Separata la parete vaginale si scolla in alto la vescica.

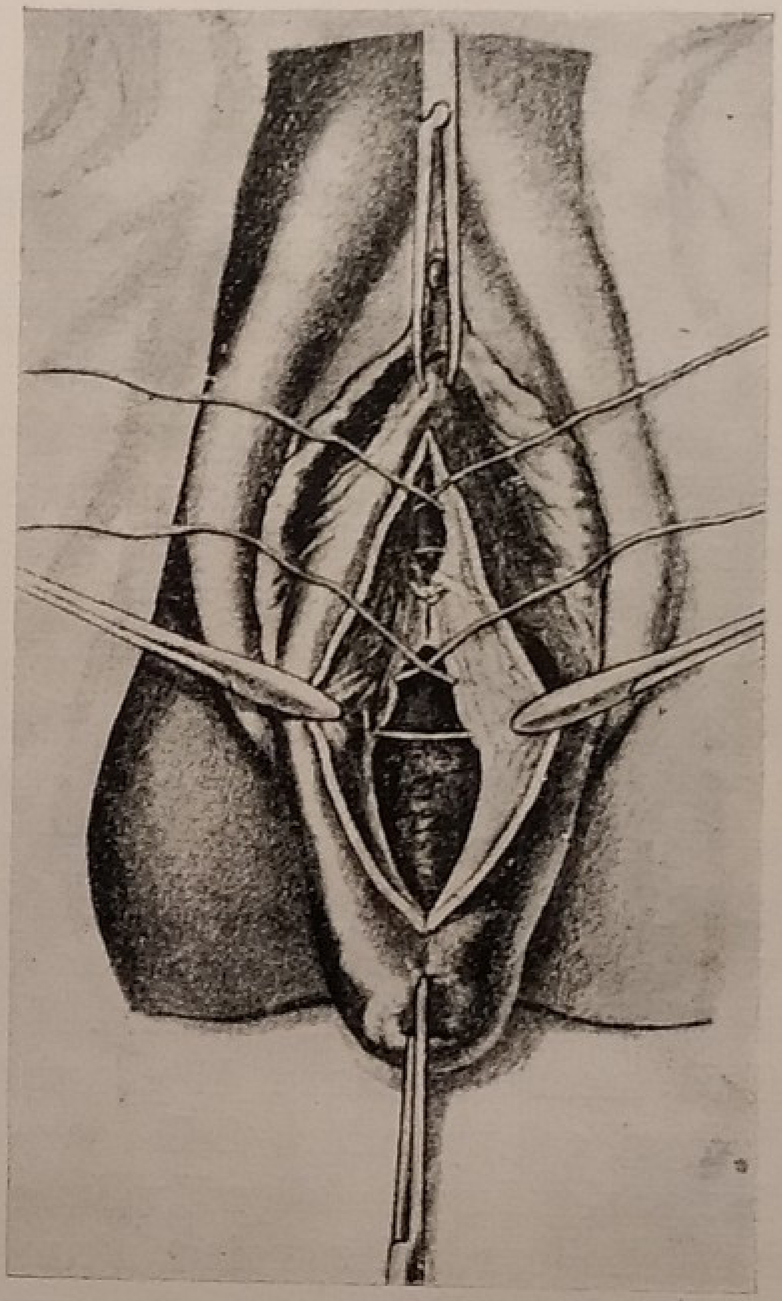


FIG. 218.

Con punti profondi si trattiene in alto la vescica.

anche come anti-fisiologico il processo di ventro-fissazione dell'utero, che pure ebbe largo seguito presso i chirurgi generici.

La narcosi non è sempre indispensabile; la parte di intervento che viene eseguita sul collo e sulla vagina rovesciata è in fondo poco dolorosa e in qualche donna anziana è tollerata benissimo senza alcuna anestesia; oppure con la semplice infiltrazione di novocaina al mezzo per cento, eseguita sulle pareti laterali del prolasso.

Per il piano pelvico invece, volendo ricorrere all'anestesia locale, bisogna fare ripetute iniezioni in più punti; possibilmente bisogna interessare il pudendo. Più spesso però, si ricorre alla narcosi, tanto più che basteranno pochi minuti; è già un vantaggio l'averla risparmiata in tutta la prima parte, che è molto più lunga, specialmente quando occorre aggiungere la amputazione del collo.

Si può del resto ricorrere alla anestesia lombare od anche a quella sacrale.

Tecnica operativa.

Descriviamo anzitutto nei suoi particolari il metodo di Pestalozza per i casi di prolasso completo.

Il primo tempo – *cistopessi e colporafia anteriore* – si esegue mantenendo stirato in basso il collo dell'utero, con una pinza applicata in

FIG. 219. – Incisione al limite fra cute e mucosa, tenute distese mediante trazione con pinze uncinate.

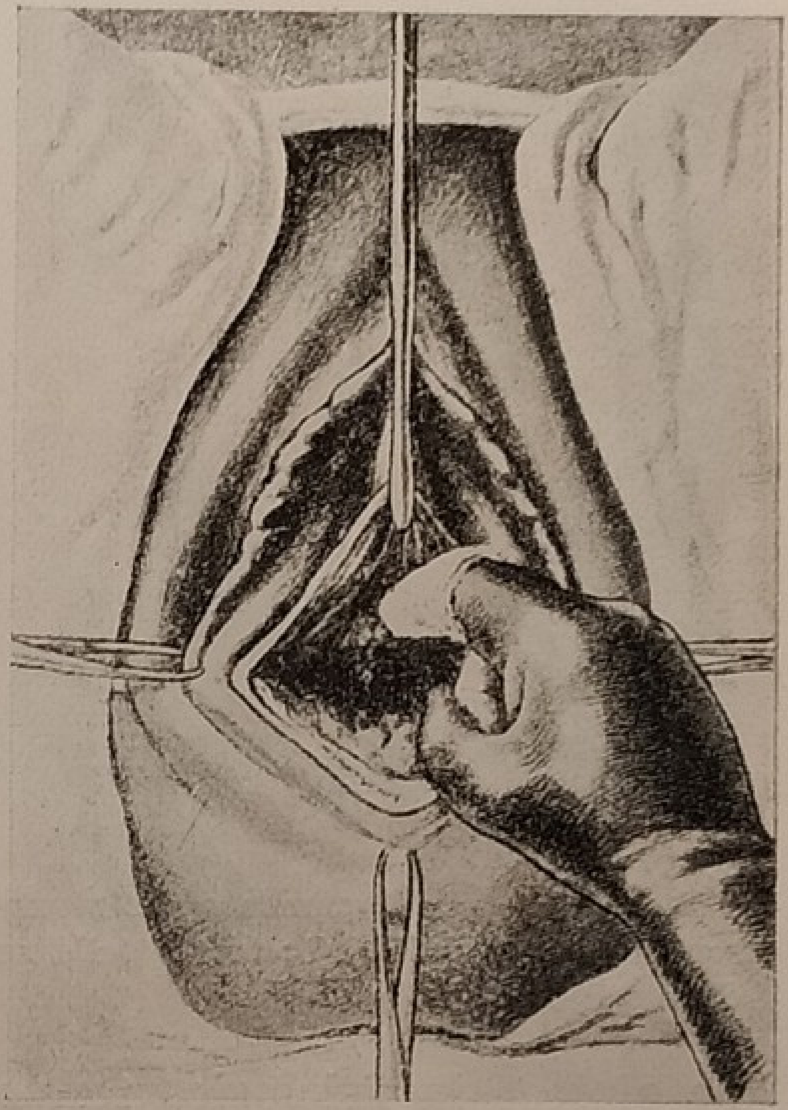


FIG. 220. – Sollevato il lembo vaginale, si scolla il piano muscolare e il retto; una pinza mantiene in basso il punto di mezzo della cute perineale.

basso presso l'orificio esterno, mentre un'altra pinza uncinata è infissa al tubercolo anteriore della vagina.

Si incide la mucosa e il connettivo sottocutaneo sulla linea mediana, mettendo allo scoperto la parete della vescica. (Ricordare che questa talora scende molto in basso, proprio fino all'orificio esterno dell'utero; in caso di dubbio se ne controllerà il livello con un catetere metallico). Con un batuffolo di garza si scolla lateralmente per parecchi centimetri la vagina e distaccata la vescica dal collo la si sospinge in alto, sopra l'istmo. Con dei punti profondi ad U si avvicinano i fasci muscolari e fibrosi interposti fra vagina e vescica e che rappresentano le propaggini anteriori dell'elevatore; la vescica è così mantenuta contro l'arco pelvico anteriore. La parete vaginale, che rimane ora esuberante, viene asportata con forbici e si procede poi alla sutura a punti staccati.

Ridotto l'utero, si passa alla seconda parte – *la plastica perineale.* Si tratta da prima di sdoppiare la mucosa vaginale dalla cute perineale;

per far ciò è utile mantenere tesi i margini, applicando due pinze uncinate lateralmente, alla parte inferiore delle piccole labbra. Il bisturi, opportunamente diretto, separa nettamente la mucosa vaginale; se ne afferra la parte mediana con una *Péan* e un po' con cauto lavoro di bisturi, molto con uno scollamento per via smussa, con un batuffolo di garza sterile, si libera anzitutto la mucosa vaginale per parecchi centimetri.

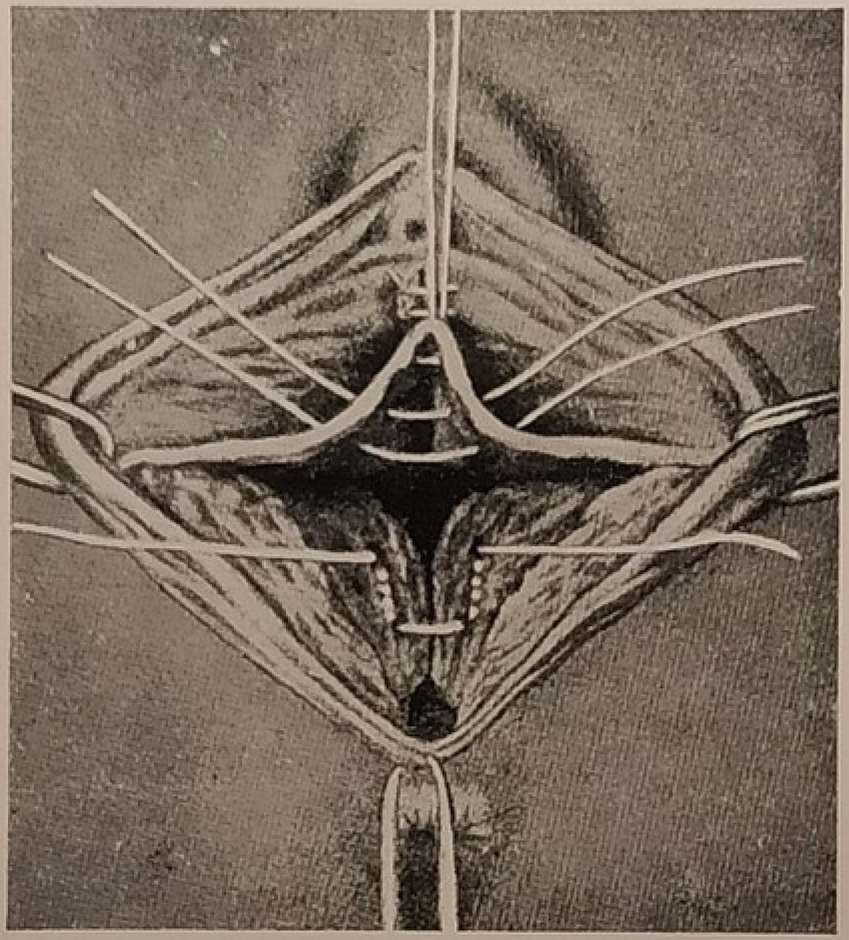


Fig. 221. – Avvicinamento del piano muscolare con punti ad U; inizio della sutura della vagina.

Bisogna qui fare attenzione di non ledere il retto, che talora aderisce direttamente alla vagina. Una pinza uncinata, applicata alla parte di mezzo della cute perineale, deprime questa, lasciando più luce al campo operatorio. Viene ora il momento più delicato: la ricognizione dei fasci muscolari profondi. La si esegue per via smussa facendosi strada ai lati del retto con l'indice, prima da una parte e poi dall'altra. Riconosciuti i ventri muscolari, si riavvicinano l'un l'altro mediante dei punti staccati ad U. Di solito tre punti bastano. L'effetto è subito evidente guardando il lume vaginale, che non è più beante, ma ha ripreso la fisiologica forma di una fessura trasversale.

Quando la mucosa vaginale resti esuberante se ne può escidere un tratto, prima di cominciare la sutura in senso longitudinale dei margini di essa. Si ricostituisce ora con uno o due punti ad U il piano muscolo-aponevrotico superficiale, dopo di che, la cute del perineo ha già tendenza a mantenersi a contatto. Pochi punti staccati in seta completano ora la sutura perineale.

La ristrettezza del nuovo ostio vulvare può essere maggiore o minore, secondo che si porti più o meno in alto il primo taglio semilunare; in questo ci si regolerà secondo che si tratti di donna in età feconda o di vecchie che non hanno nemmeno più rapporti sessuali.

Nei prolassi completi è frequente la complicazione con la *ipertrofia del collo*; è opportuno allora fare anche la amputazione di esso.

Per procedere all'amputazione del collo si aggiunge all'incisione longitudinale della parete anteriore della vagina una incisione trasversale rasente al collo dell'utero; la linea di incisione prende perciò una figura a T; attraverso a queste incisioni la vescica deve essere isolata non solo dai suoi rapporti vaginali, ma anche dai suoi rapporti cervicali.

Denudata così la porzione anteriore del collo, lo si incide lateralmente per tutta l'altezza della sua commessura, in modo da separare comple-

tamente il labbro anteriore dal posteriore; il labbro anteriore isolato viene poi amputato in alto a conveniente altezza e la sua mucosa cervicale viene poi affrontata coi margini delle incisioni trasversali vaginali. Si viene così a ricostruire un regolare labbro anteriore. E per impedire

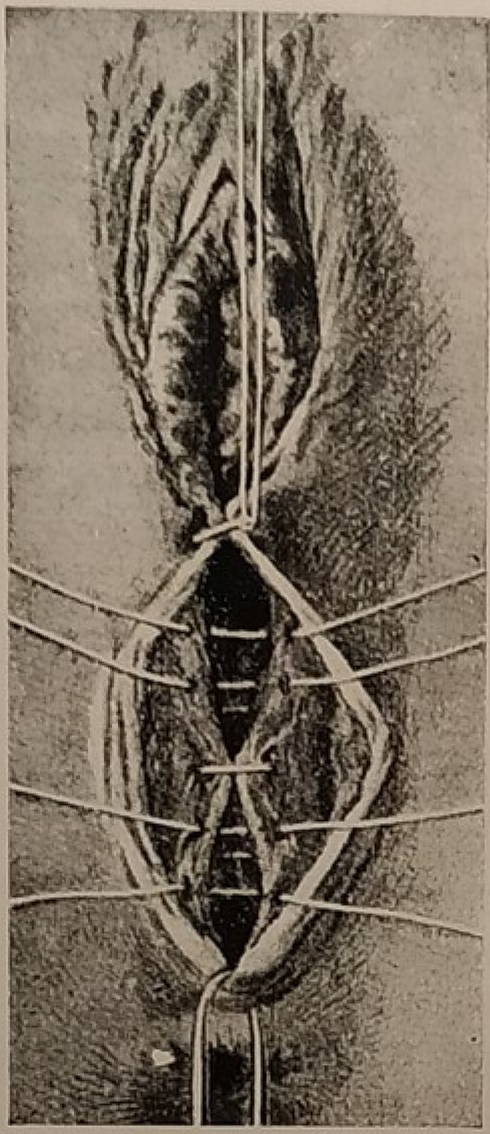


FIG. 222. – La vagina è ricostituita; sono ravvicinati i muscoli superficiali.

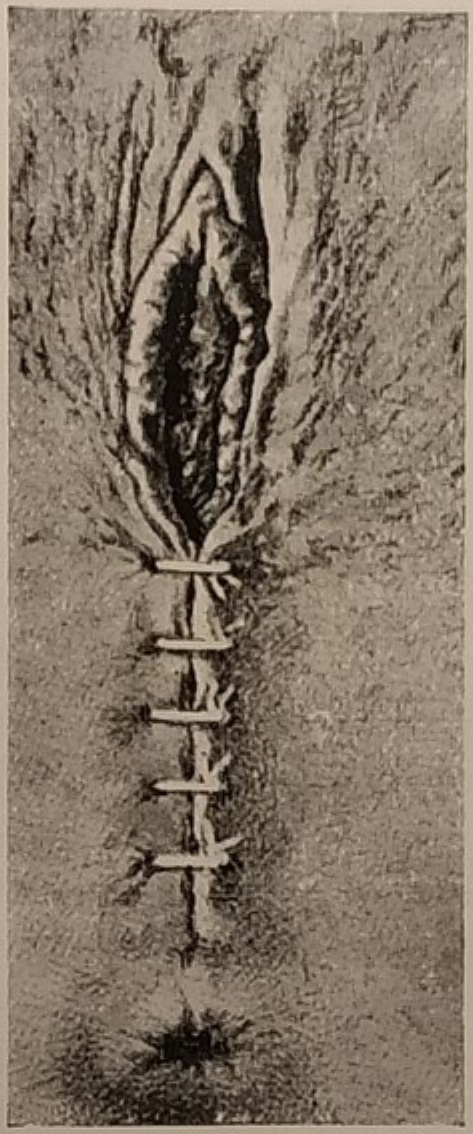


FIG. 223. – Sutura della cute perineale (da CINAGLIA-MICHELI).

alla vescica di ridiscendere si applicheranno nell'interstizio cervico-vescicale dei punti di sutura che riuniranno il connettivo profondo del lato destro a quello del lato sinistro; venendo così a dare anche posteriormente un sostegno alla vescica e nello stesso tempo a restringere attorno al collo dell'utero il castone connettivale che gli serve d'importante sostegno. Si passa poi all'amputazione del labbro posteriore. E qui dobbiamo rammentare che quasi sempre la tasca del Douglas si è spostata di molto in basso, man mano che il collo andava allungandosi. Perciò dopo aver praticato nella parete vaginale posteriore al livello del fornice una incisione trasversale che vada dalla commissura sinistra del collo alla destra, si dovranno scollare i tessuti sottoposti e staccare la tasca del Douglas dal labbro posteriore, respingendola in alto. Amputato poi il labbro posteriore così isolato, a sostegno del Douglas sospinto in alto, si riuniranno sulla linea mediana i fasci profondi del connettivo del lato destro a quelli del lato sinistro, ottenendo anche qui, oltre all'utile appoggio dato alla tasca del Douglas, l'importante beneficio di restringere anche posteriormente il castone connettivale attorno alla parte alta del collo; seguirà poi la riunione anche pel labbro posteriore della mucosa cervicale alla vaginale (Pestalozza).

Altra operazione complementare può essere *la plastica* del collo (*v.* pag. 311). Infine può convenire di procedere alla isteropessi, quando l'utero sia retroflesso.

La cistopessi e la colporafia anteriore sono indicate quando il cistocele sia preminente, anche se non ci sia il prolasso dell'utero. Nei gradi modici però, può bastare una buona plastica perineale.

Nei casi in cui predomini il rettocele, bisogna spingere molto in su lo scollamento della mucosa vaginale, liberando tutta la parete rettale sovradistesa, che potrà essere ridotta con qualche punto a borsa di tabacco.

Ricordiamo infine che in donne molto anziane può trovare ancora oggi utile applicazione un altro tipo di intervento, meno fisiologico, ma pure sufficiente allo scopo: *la colporafia mediana*, ideata da Neugebauer, perfezionata da Le Fort e che fu in grande onore sopratutto nella scuola di Pavia col Cuzzi e col Guzzoni degli Ancarani.

Per eseguirla non occorre alcuna anestesia o basta, tutt'al più, qualche iniezione locale di novocaina.

Mantenuto teso il prolasso all'esterno mediante trazioni sul collo, si asportano sulla parete anteriore e sulla posteriore due rettangoli di mucosa larghi 3-4 centimetri e lunghi 6-8 cm., in modo da arrivare in basso fino circa a 2 cm. dalla inserzione vaginale del collo. Si riduce ora l'utero e si suturano per primo con punti staccati i margini cruentati inferiori fra di loro; si continua poi progressivamente la sutura della mucosa e si assiste così al graduale ridursi del prolasso. Questa chiusura della vagina è spesso già sufficiente; tuttavia, qualche volta, si potrà anche aggiungere una plastica perineale.

È superfluo aggiungere che è un'operazione da farsi solo nella età molto avanzata, quando sia sospesa ogni attività funzionale dell'utero e non interessino più i rapporti sessuali.

Solo a fecondità finita, o previa sterilizzazione, si può ricorrere a un altro tipo di intervento, quello di Wertheim, della *interpositio* vagino–vescicale, che qui non si descrive perchè grossa operazione richiedente speciale abilità tecnica e sopratutto perchè non necessaria, bastando l'operazione di Pestalozza, al più avvalorata con una isteropessi accentuata.

Nella *ipertrofia longitudinale del collo*, l'intervento è diretto anzitutto alla amputazione della parte esuberante del collo, aggiungendo, quando occorra, anche la plastica perineale, o la isteropessi. Dal lato prognostico queste forme di prolasso congenito sono le più ribelli: recidivano molto facilmente.

Prolasso della mucosa uretrale.

Si asporta la mucosa esuberante, dopo aver passato qualche punto sulla mucosa dell'uretra, a monte del tratto che si deve asportare, per impedire che dopo la incisione il contorno interno si retragga. Fra i tre o quattro punti cardinali prima disposti, si applicheranno, dopo asportata la mucosa esuberante, altri punti intermedî per riavvicinare

regolarmente mucosa a mucosa e per assicurare la emostasi. (La regione è riccamente vascolarizzata).

In donne anziane o tranquille il piccolo intervento può essere eseguito con anestesia locale; in caso diverso si ricorre alla narcosi. Nei primi giorni la minzione può essere dolorosa o impossibile.

Piccoli polipi uretrali possono essere asportati con un semplice colpo di forbici, dopo aver applicato alla base uno o due punti in catgut sottile, per emostasi e per avvicinamento della mucosa.

Inversione dell'utero.

Nelle forme puerperali ancora recenti può riuscire la riduzione, fatta nella narcosi con la tecnica analoga a quella in uso per ridurre la inversione acuta; altre volte invece si potrà provare la riduzione lenta mediante la pressione prolungata di un pallone elastico riempito di acqua, oppure con un tamponamento stipato asettico.

Quando non si riesca, si può ricorrere all'intervento operativo, p. es. col processo di Piccoli, che consiste nell'aprire il Douglas posteriore incidendo poi sulla linea mediana, longitudinalmente, la parete posteriore dell'utero, dal collo fino al fondo. I due margini cruentati si rovesciano allora in modo da ridurre l'utero nella sua forma normale; suturatolo e riportatolo nella pelvi, si drena il Douglas per qualche giorno. Altri (fra cui Spinelli) incidono la parete anteriore.

In alcuni casi occorre addirittura ricorrere alla isterectomia, per lo più per via vaginale, procedendo cautamente e ricordando che entro alla cavità dell'utero invertito possono insinuarsi delle anse intestinali.

Retroflessione dell'utero.

Non è sempre necessaria la cura; molte donne sono portatrici di un utero retroflesso senza che ne venga loro alcun disturbo generale o locale.

Quando la cura sia necessaria (pag. 152), bisogna distinguere i casi di retroflessione mobile, rigida, flogistica e sintomatica.

Nella retroflessione mobile, può bastare la riduzione digitale. Per eseguirla curare che siano vuoti il retto e la vescica.

La donna può essere lasciata nella posizione dorsale; l'indice ed il medio di una mano sono portati in vagina e attraverso il fornice sospingono in alto il corpo dell'utero che lo deprime; contemporaneamente o successivamente viene fatta pressione sul collo dell'utero, in modo da spostarlo indietro ed in alto, il che concorre a far risalire il corpo.

La mano esterna, intanto, deprimendo la parete addominale, viene, per così dire, incontro al corpo dell'utero, che sta per sollevarsi, e lo afferra portandolo contro la sinfisi del pube, mentre le dita interne agiscono sul collo e sul fornice posteriore.

Non sempre la riduzione digitale riesce, anche nelle retroflessioni mobili, sia per tensione esagerata della parete addominale, che non permette la manovra con la mano esterna, sia per il volume dell'utero

o per la sporgenza in avanti accentuata del promontorio sacrale, sia perchè manca una buona conformazione della *portio* vaginale (breve, lacerata, con briglie cicatriziali al fornice), sia perchè l'angolo di flessione fra corpo e collo è rigido, come in certe forme congenite.

Mezzi coadiuvanti possono essere: la posizione genu–pettorale, la trazione sull'utero, la sonda uterina, la narcosi.

Quest'ultima sarà indicata sopratutto quando la difficoltà nella riduzione sia legata alla tensione invincibile della parete addominale. Deve essere però mezzo sussidiario di eccezione.

Più spesso si ricorrerà alla posizione genu–pettorale, durante la quale si ripeteranno le manovre sul corpo dell'utero e sul collo: qui a facilitare la riduzione concorre, oltre che la gravità, la spinta dell'aria che penetra in vagina.

Altra volta può essere facilitato il compito tirando in basso con una pinza il collo dell'utero.

L'uso della sonda uterina dà veramente buoni risultati, ma c'è il pericolo di produrre delle lesioni, sia dell'utero, sia di eventuali aderenze che vengano forzate. Si devono seguire le norme già indicate a proposito della isterometria (fondamentale la asepsi e la introduzione della sonda dopo applicate le valve o lo speculum). Si vedrà che la curva della sonda si dirige indietro; si toglie allora la valva o lo speculum e si fa fare un giro completo alla sonda abbassandone il manico, in modo che la curva guardi ora in avanti e la mano esterna è pronta ad impadronirsi del corpo dell'utero spingendolo contro la sinfisi.

Ma si tratta di manovra che richiede destrezza speciale e che è sempre legata a qualche pericolo; non crediamo sia consigliabile al medico pratico.

Ottenuta la riduzione dell'utero, si tratta ora di mantenerla; per questo si suole ricorrere all'uso di *pessari vaginali;* preferibile quello

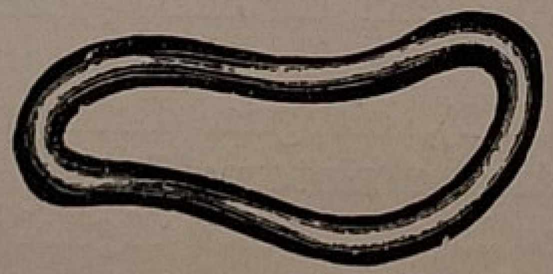


FIG. 224.
Pessario vaginale di HODGE.

FIG. 225.
Pessario vaginale di HODGE–CUZZI.

di Hodge–Cuzzi, con una sbarra trasversale. Il materiale migliore è la celluloide, perchè si presta, con la semplice immersione in acqua bollente, ad essere bene modellata in modo da adattarlo ai singoli casi. Bisogna scegliere il numero adatto alle dimensioni dal singolo canale vaginale (i numeri più usati sono dal 7, per le nullipare – all'11, per le multipare). Per applicarli bisogna mantenere l'utero in posto o con la mano esterna o con il dito internamente, e si fa scivolare il pessario in profondità, introducendo l'estremo più vicino alla sbarretta trasversale e mantenendo questa parallela all'asse della vulva.

Introdotto l'anello lo si ruota in modo che la sbarra diventi trasversale e l'estremo inferiore poggi sul piano perineale. Si trova qualche volta un po' di difficoltà e si provoca un modico dolore nel passaggio attraverso l'ostio vulvare; mentre invece, una volta che il pessario è entrato in vagina, la donna non ha più alcuna sensazione di molestia e spesso anzi, ove non ne sia avvertita, nemmeno sente di avere un corpo estraneo in vagina.

Questo avviene quando il pessario sia di dimensioni regolari e quando l'utero sia stato bene ridotto.

Al contrario, se il pessario provoca dolore, o subito o dopo qualche tempo, è segno: o che l'utero non è stato ridotto bene; o che si è spostato successivamente; ovvero che si è ridestata qualche lesione flogistica annessiale o peritoneale. Nell'un caso o nell'altro il pessario va subito tolto.

Quando invece sia bene tollerato, lo si può lasciare in sito per due o tre mesi; nel frattempo sarà bene fare eseguire qualche lavanda vaginale a scopo detersivo; inoltre è bene consigliare che l'urina non sia trattenuta troppo a lungo e non siano fatti sforzi, specialmente a vescica piena. In quanto ai rapporti coniugali potranno anche essere concessi, si intende con una certa limitazione.

Tolto il pessario, di solito l'utero si mantiene nella sua posizione normale, senza più bisogno del sostegno; altre volte invece ricade, appena il pessario è tolto e bisognerà allora provvedere diversamente se questo sia proprio necessario. A volte capita, che, pur avendo ridotto in buona posizione l'utero, non sia possibile di mantenerlo col pessario, perchè manca il piano di appoggio a questo; ciò avviene nelle estese lacerazioni del perineo. Converrà allora qui seguire una via diversa secondo i casi. O si può limitarsi a riparare con una adatta plastica la lacerazione perineale, salvo poi in secondo tempo fare la riduzione dell'utero e mettere il pessario, oppure invece si potrà senz'altro associare la plastica alla isteropessi.

Nelle *retroflessioni rigide* può capitare che il sollevamento dell'utero avvenga senza che si corregga l'angolo di flessione posteriore; questi casi sono correttamente curabili solo con l'intervento operativo, il quale deve essere completato con la rimozione di un cuneo di tessuto nella parete anteriore dell'istmo; altrimenti si avrà una facile recidiva o tutt'al più si avrà un'antiversione di un utero retroflesso.

Nelle *retroflessioni flogistiche* bisogna ricordarsi bene che i tentativi di sollevamento dell'utero possono far riacutizzare un processo, che si credeva spento ed era solo latente. Non bisogna mai forzare; si potrebbe anche averne lacerazioni di briglie cicatriziali (e ne son derivate talora emorragie endo-addominali). Sopratutto poi non bisogna applicare dei pessari. Per fortuna, a difesa delle donne, in questi casi il pessario suscita ben presto dei dolori, che daranno subito l'allarme, ed il pessario sarà senz'altro tolto, così come del resto già dolorosi sono i tentativi di sollevamento ed è bene allora smettere, senza insistere. Nemmeno il tentativo è poi prudente e corretto, quando il

fatto flogistico sia ancora recente o siano avvertibili delle localizzazioni annessiali. Allora del resto la viziata forma e posizione dell'utero passano in seconda linea e si tratta invece di curare il processo annessiale.

Quando poi i postumi delle lesioni flogistiche e la retroflessione siano causa di molestie sì da richiedere una cura, questa, dopo esperite le cure risolventi abituali, può bene esser integrata con l'intervento operativo, il quale non solo mette l'utero in normale posizione, ma permette di togliere le eventuali aderenze uterine o periannessiali, di asportare l'annesso malato, di fare, se occorre, una salpingostomia, o un trapianto dell'ovaio nell'utero, a scopo di ridare la perduta fecondità, ecc.

Nelle *retroflessioni sintomatiche* la cura è evidentemente operativa, trattandosi di togliere la condizione patologica che mantiene l'utero retroflesso (fibromi, cisti, tumori extragenitali).

I metodi di isteropessi sono innumerevoli. Escludiamo in blocco tutti quelli che fissano l'utero alla parete addominale; tutte le modalità di *ventrofissazione* sono antifisiologiche, e vengono ancora eseguite da qualche chirurgo puro, non più dal ginecologo; la ventrofissazione è per noi la tecnica peggiore, quella a cui sono imputabili i peggiori risultati funzionali; e ciò non solo nei riguardi delle successive gravidanze (vi fu un tempo, in cui si creò un capitolo speciale di distocia da ventrofissazione, con una larga serie di tagli cesarei), ma anche per le sofferenze mestruali che talora residuano, tali spesso da dovere in secondo tempo liberare quell'utero dalla forzata posizione datagli. Questo criterio ginecologico si è ormai imposto e sono oggi molteplici anche i metodi più razionali per fissare l'utero in antiflessione, metodi più *fisiologici*, in quanto si propongono di lasciare l'utero nella sua sede normale e di concedergli quella mobilità che gli è necessaria.

A questo concetto rispondono anzitutto quelli che si propongono l'accorciamento dei legamenti rotondi, realizzato per via inguinale o per via vaginale o per l'addome, con una larga varietà di accorgimenti (1), e risponde la tecnica seguìta fin dal 1905 dal Pestalozza, in cui l'ufficio di mantenere l'utero in antiverso–flessione è affidato ad un lembo peritoneale scollato a livello della piega vescico–uterina.

---

(1) Una rivista completa trovasi in ALFIERI (*Folia Gynaecologica*, 1911, vol. V, Fasc. 3), che ivi illustra anche il suo processo personale, che qui si ricorda brevemente: reciso a 3-4 cm. dalla inserzione uterina il legamento rotondo, e denudato dal peritoneo il moncone distale, questo viene introdotto e fissato in un canale scavato nel terzo superiore della parete posteriore dell'utero. Per scavare il tunnel uterino Alfieri usava un bisturi a lancia e stirava poi il legamento per mezzo di una pinza; di recente Vercesi (*Folia Gynaecologica*, 1926, vol. XXII, Fasc. 1) ha proposto una speciale *pinza-isterotomo*, che è a forma conoide, a sezione quasi circolare in modo da aprire un tragitto non a fessura, ma a vero canale, e che serve pure per la presa, grazie ad uncini a dente di topo di cui è provvista all'interno: basta quindi divaricare leggermente le branche e poi fare il percorso a ritroso, facile, perchè il leg. rotondo è protetto e guidato dalla pinza chiusa.

Questo processo di isteropessi, che Pestalozza chiama di *isteropessi pelvica* (1) per affermarne il pregio fondamentale, ha avuto ormai larghissimo campo di applicazione clinica con i migliori risultati, così da farci ritenere opportuno di contribuire alla sua diffusione ulteriore.

Eccone la tecnica.

Fatta la laparotomia (2) e dopo provveduto alle altre eventuali condizioni morbose esistenti nell'apparato genitale, si solleva l'utero e lo si porta in antiflessione normale. Sulla parete posteriore e precisamente sulla linea che circoscrive il fondo dell'utero si applica nel centro un punto con seta robusta e i due capi ancora non annodati si affidano ad un assistente perchè sorregga l'utero in posizione normale.

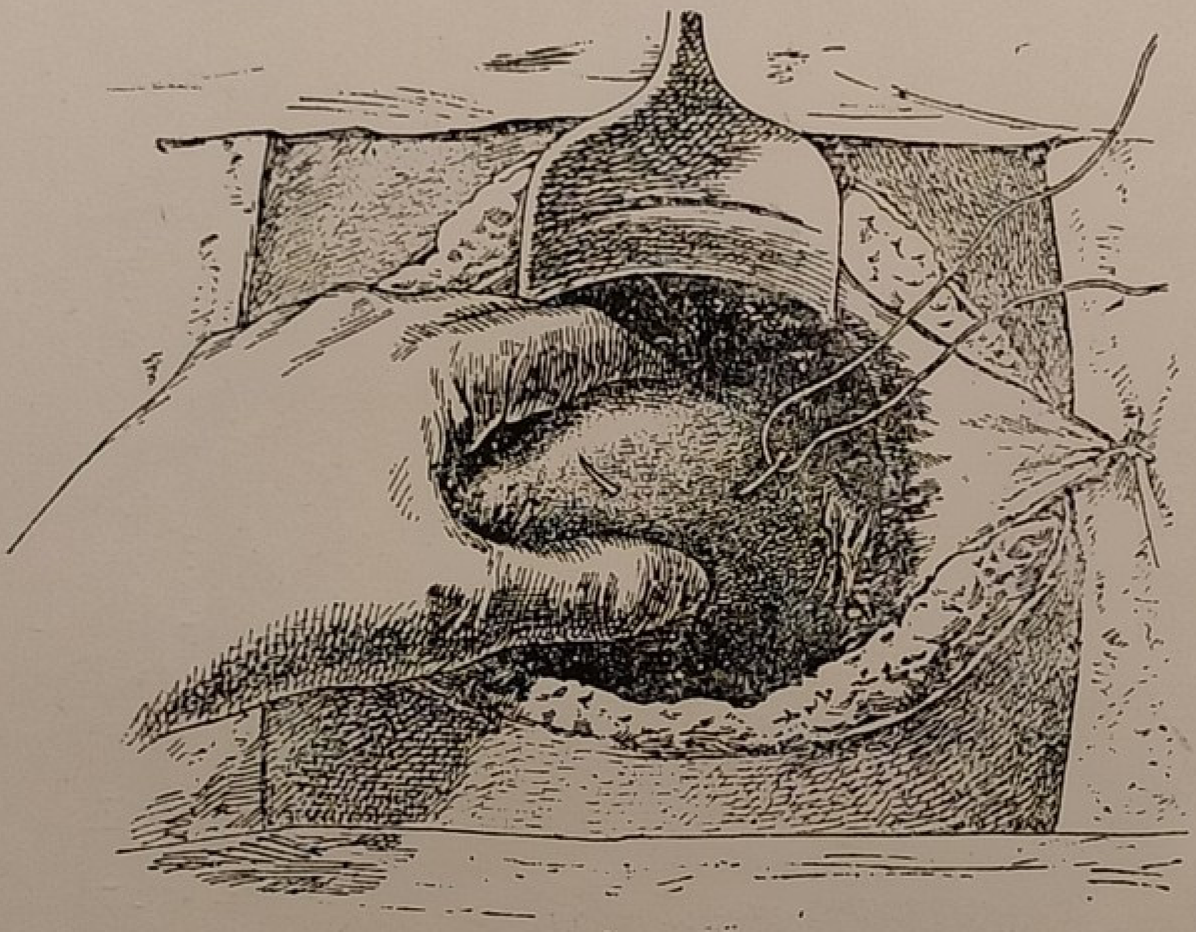


FIG. 226. – Ridotto l'utero si passa un ago sulla parete posteriore presso il fondo.

L'operatore solleva, con una lunga pinza, il lembo centrale della plica peritoneale, che dall'utero va alla vescica, e precisamente circa a livello del limite alto del segmento inferiore dell'utero. In questa plica si pratica un occhiello con le forbici, interessando oltre alla sierosa anche la lamina fibro–muscolare sottostante, occhiello che poi viene ampliato per mezzo di scollamento digitale, fino a poter formare un lembo o meglio un cappuccio peritoneo–fibro–muscolare, destinato a coprire, ad incappucciare il fondo dell'utero e mantenerlo nella posizione normale. Ad ottener ciò lo scollamento digitale dell'occhiello (FIG. 229) viene praticato in senso trasversale, non solo per tutta la lun-

---

(1) XII Congresso della *Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia* (1906).

(2) L'incisione laparotomica preferita è quella trasversale sovrapubica di Pfannestiel, ridotta nelle sue dimensioni: nelle retroflessioni mobili basta una breccia di 4-5 cm.; quanto è sufficiente per lasciar passaggio a due dita; la sede e la brevità della incisione concorrono alla solidità e alla estetica di essa.

ghezza del segmento inferiore dell'utero, ma anche ai lati di esso per un piccolo tratto, a spese del foglietto peritoneale anteriore di ciascun legamento largo.

Sul punto centrale dell'estremità di detto cappuccio ove si presenta più spesso e resistente (sulla linea mediana si addensano i fasci muscolari

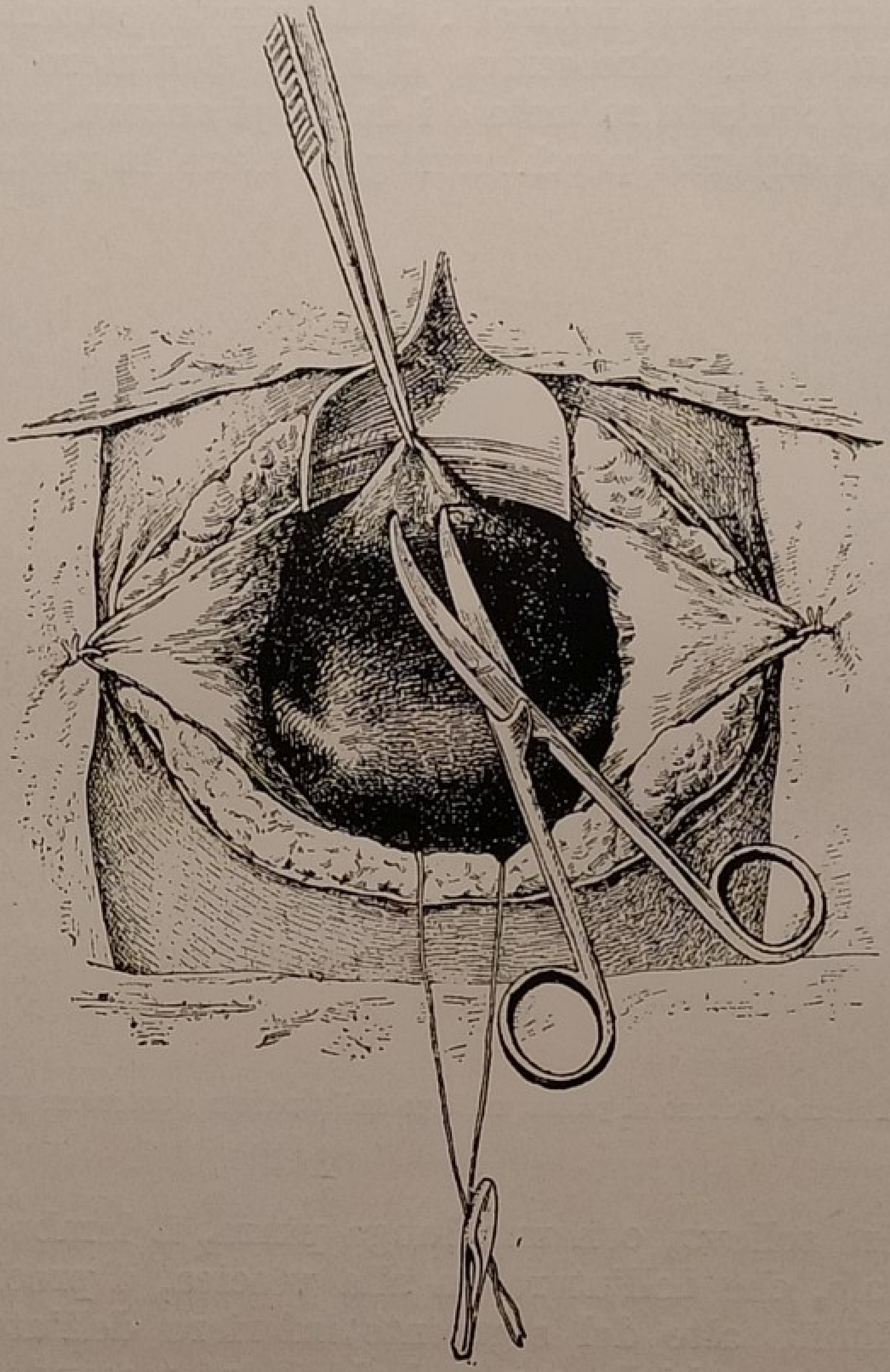


FIG. 227. — Il filo tiene teso l'utero; una pinza solleva la piega vescico-uterina, che viene incisa con la forbice.

di provenienza dalla vescica) vengono infilati con aghi ed annodati i due fili di seta anzidetti, costituendo così il primo punto di sutura tra il fondo dell'utero e il cappuccio peritoneale. Adesso non rimane che completare con un paio di punti per lato la sutura del resto del cappuccio alle pareti del fondo dell'utero.

Ad operazione compiuta la faccia anteriore e il fondo del corpo dell'utero risultano coperti da duplice rivestimento peritoneale.

È in facoltà dell'operatore di accentuare più o meno l'antiflessione col collocare il cappuccio peritoneale più o meno in alto sulla faccia posteriore della parete uterina.

Rinchiuso il ventre, nei primi tempi si applicava per qualche giorno un pessario vaginale allo scopo di ridurre gli stiramenti sui punti durante il periodo dell'adesione. Però in seguito si fece a meno di detto pessario, perchè in pratica si è visto che i risultati sono ottimi anche trascurando detto accorgimento.

La tecnica fin qui descritta è quella che ordinariamente viene eseguita. Talora conviene aggiungere qualche tempo complementare.

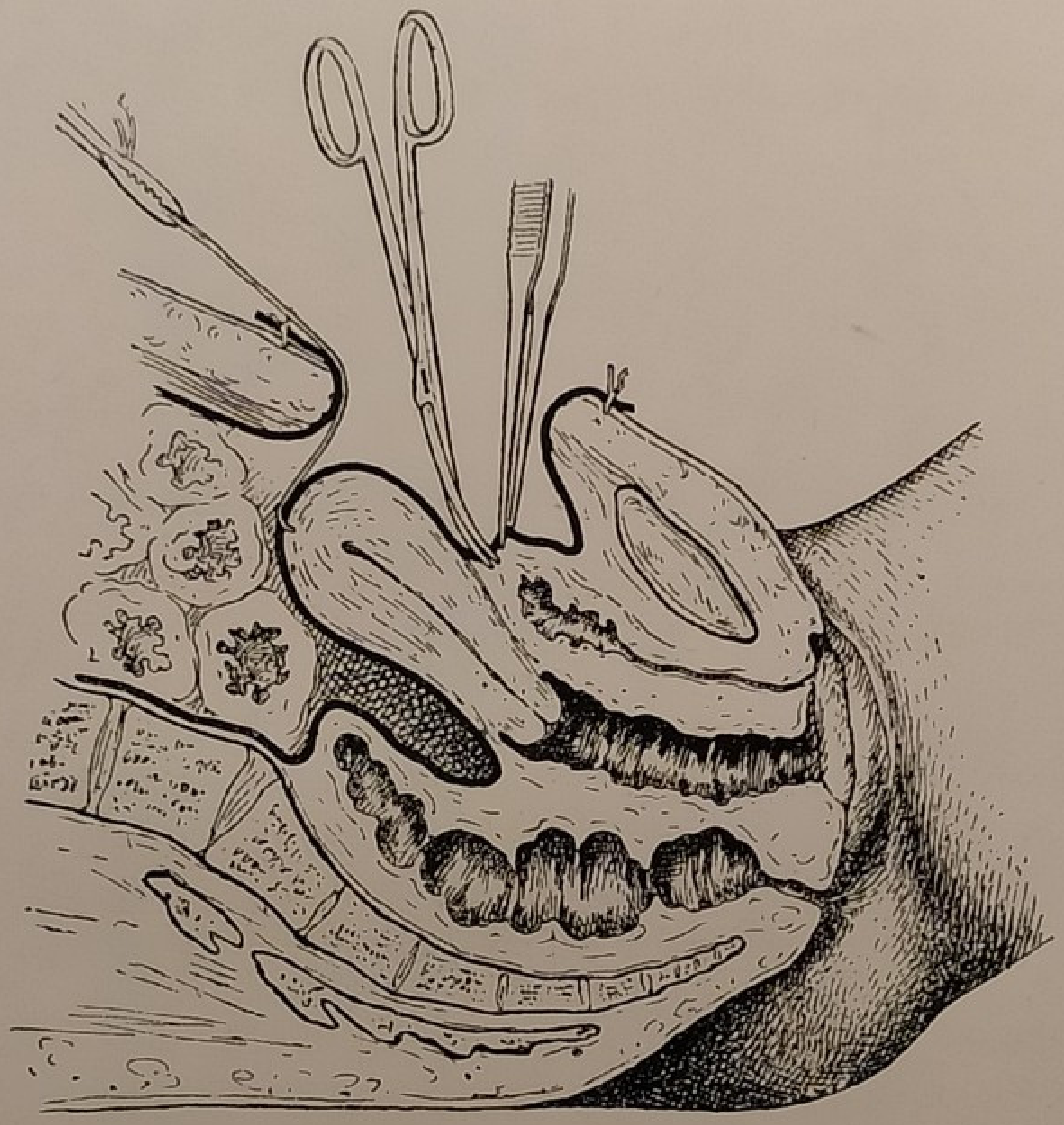


FIG. 228. – Sezione trasversale schematica per vedere la incisione della plica vescico-uterina.

Nel caso che i legamenti rotondi siano troppo esuberanti si possono accorciare costituendo cioè in ognuno un'ansa tanto più lunga per quanto più accentuata era la sproporzione. Lo stesso filo che serve alla sutura laterale del lembo viene infilato nel legamento rotondo così raddoppiato ad ansa.

In certi casi in cui i legamenti rotondi siano eccessivamente lunghi si può anche avvicinarli l'uno all'altro sulla faccia posteriore dell'utero, facendoli passare traverso un'apertura scolpita nel legamento largo, presso al margine dell'utero; e questo, sia recidendo i capi del legamento rotondo alla loro inserzione uterina, sia semplicemente raddoppiandoli, quando la lunghezza loro si presti. L'utero alla fine viene a essere come appoggiato sul cingolo fatto dai legamenti rotondi, che vengono anche fissati alla carne dell'utero.

Nei casi di retroflessione rigida, se è necessario, si può escidere un cuneo traversale della parete anteriore e precisamente fra il corpo

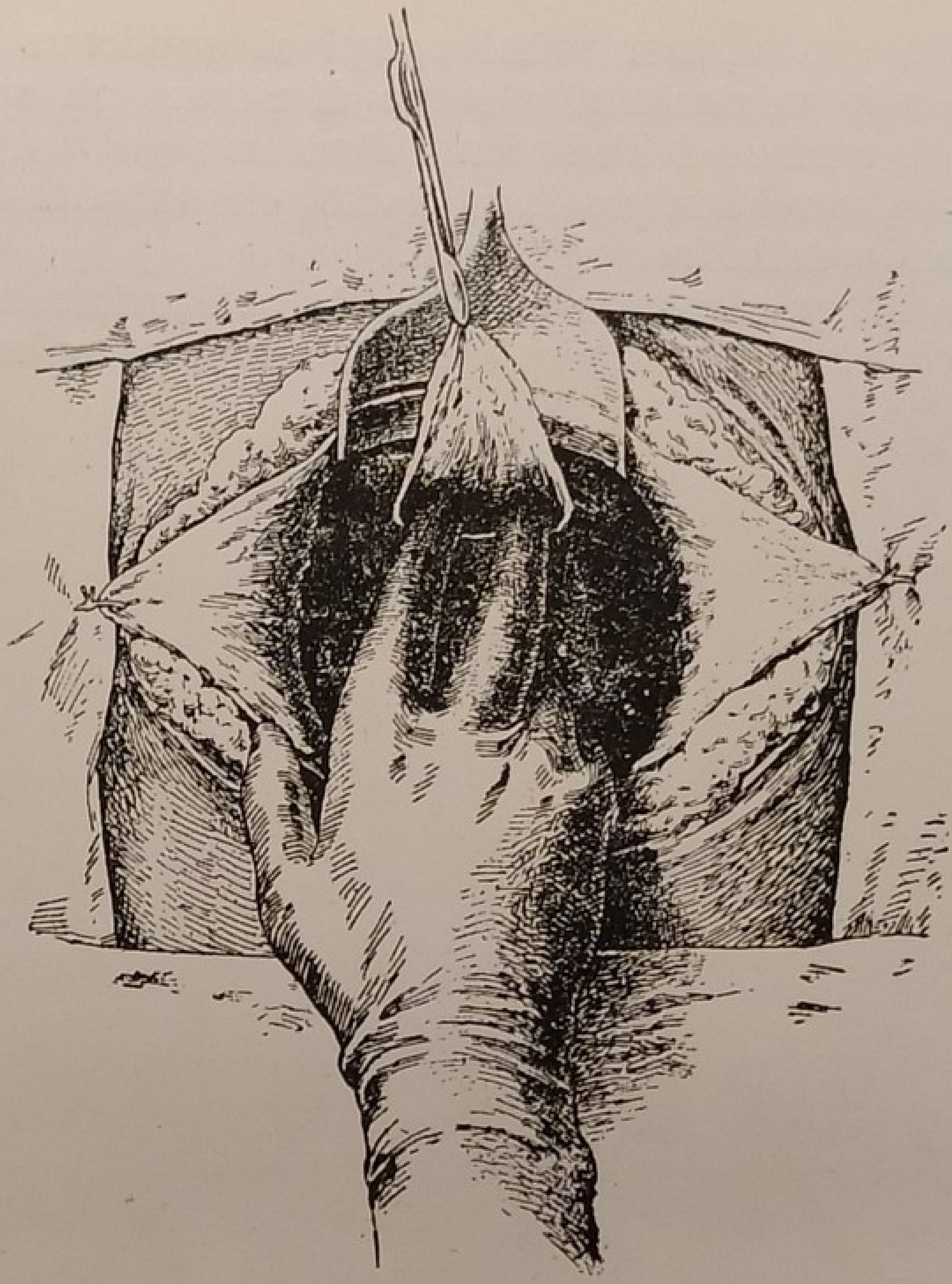


Fig. 229. – Scollamento digitale in basso del peritoneo, dopo avere inciso la piega vescico–uterina.

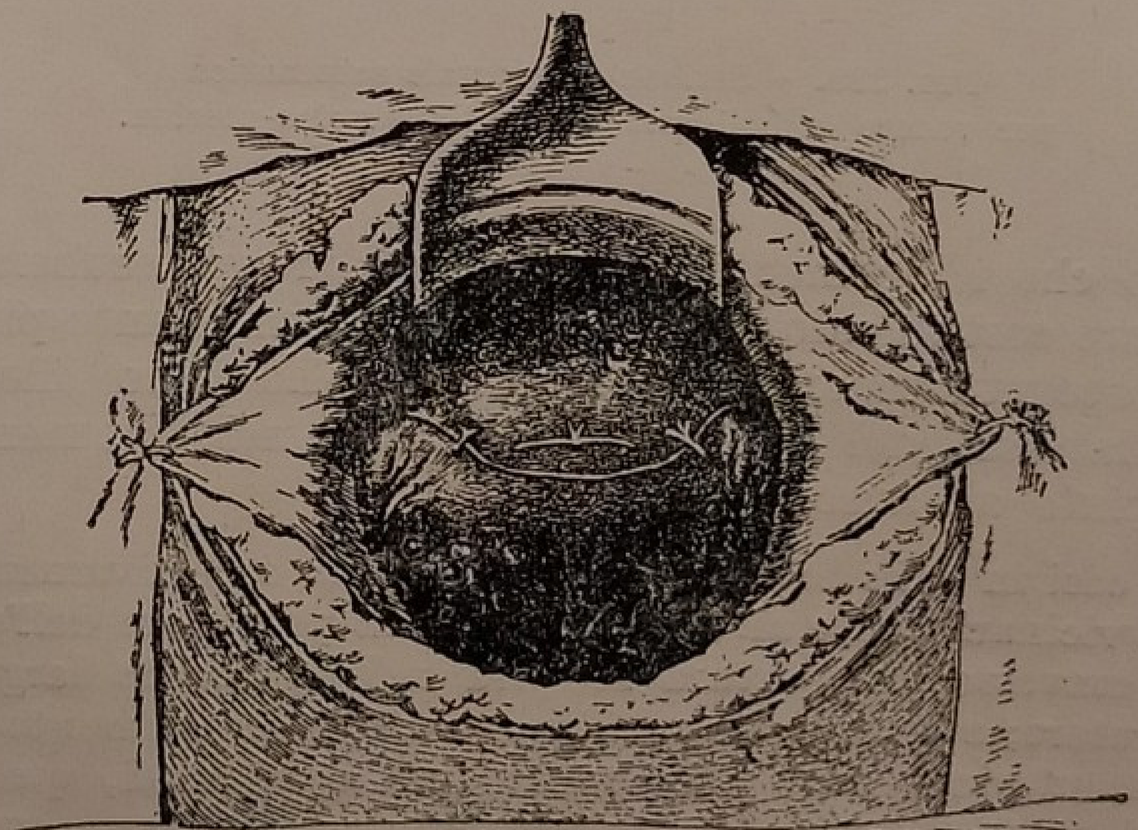


Fig. 230. – Tre punti, uno mediano, 2 laterali, assicurano al fondo uterino il lembo vescico–peritoneale.

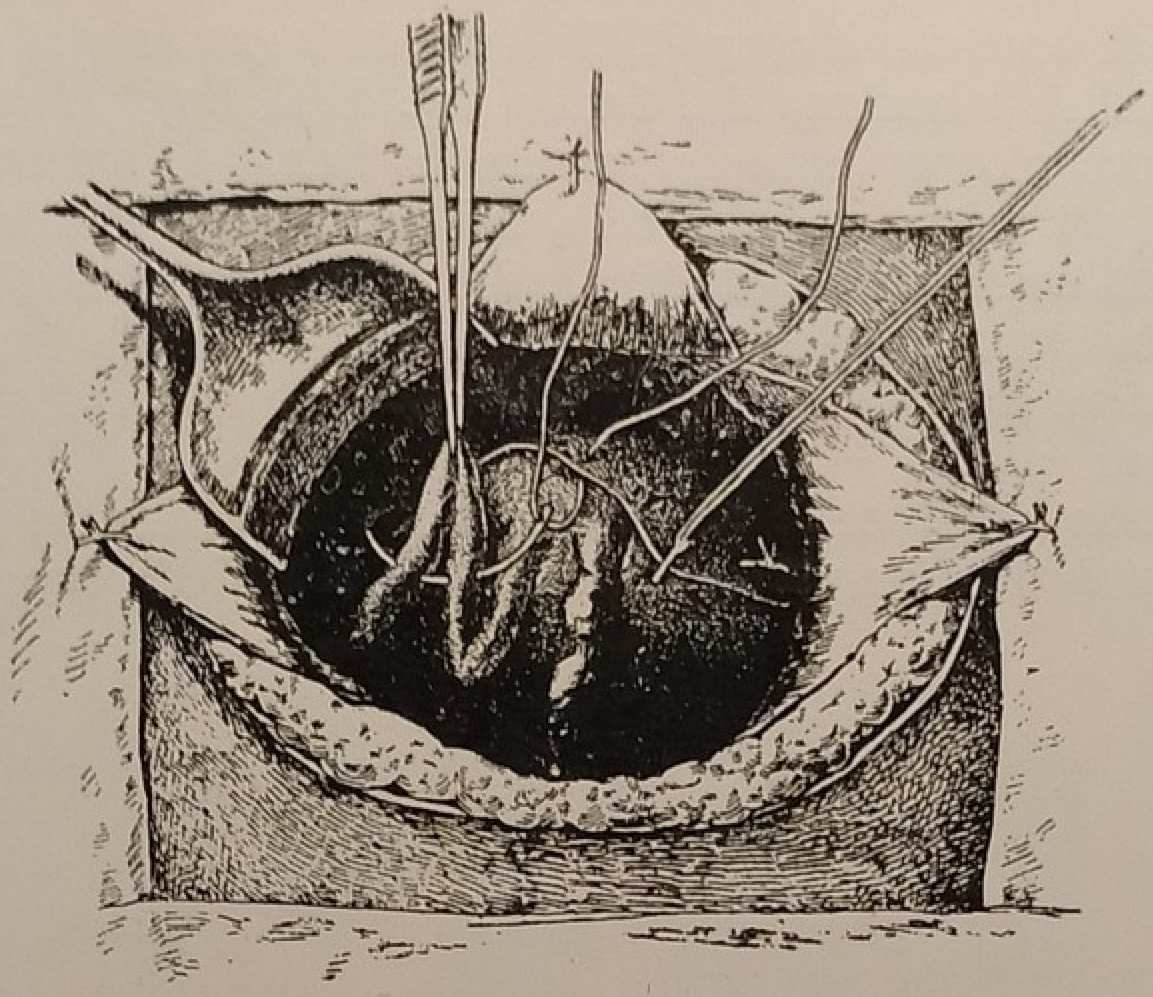


FIG. 231. – Tempo complementare – accorciamento del legamento rotondo.

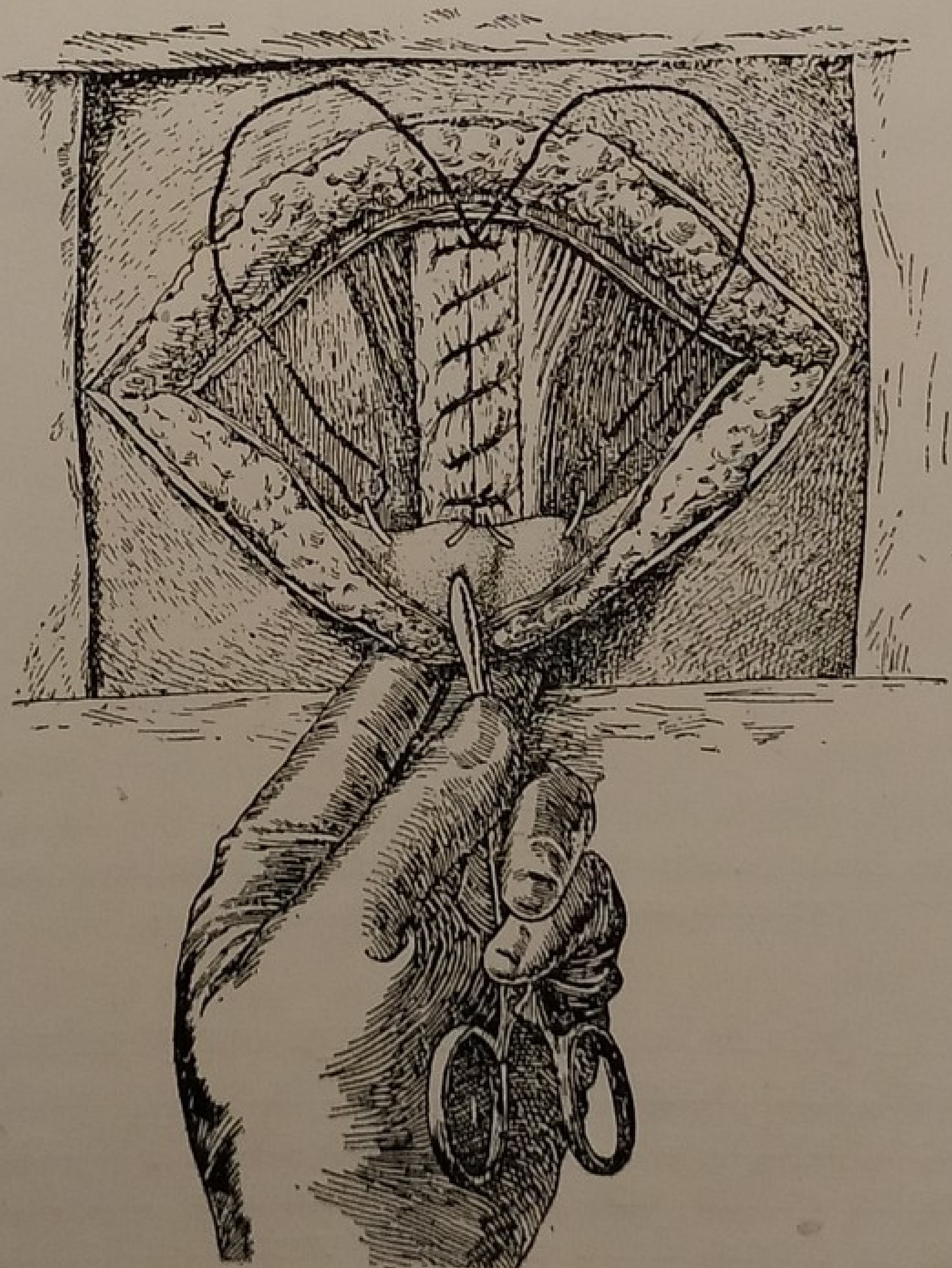


FIG. 232. – Per sollevare la vescica;
finita la sutura del peritoneo l'estremo inferiore del filo è passato nella fascia profonda in alto.

e il collo. Nel caso che il corpo dell'utero sia ingrossato si può aggiungere una parziale resezione del fondo (op. di Kelly); in questi casi, il lembo fissatore ricopre completamente la linea di sutura dell'utero.

Quando poi esiste un cistocele, nel richiudere l'addome, appena finita la sutura continua longitudinale del peritoneo parietale, se ne può stirare in alto l'estremità inferiore, passando i due fili terminali nella faccia posteriore della fascia, nel punto più alto a cui si era spinto lo scollamento di essa.

Annodando i fili, viene così portato in alto l'estremo inferiore del peritoneo e si determina un sollevamento in alto della cupola vescicale.

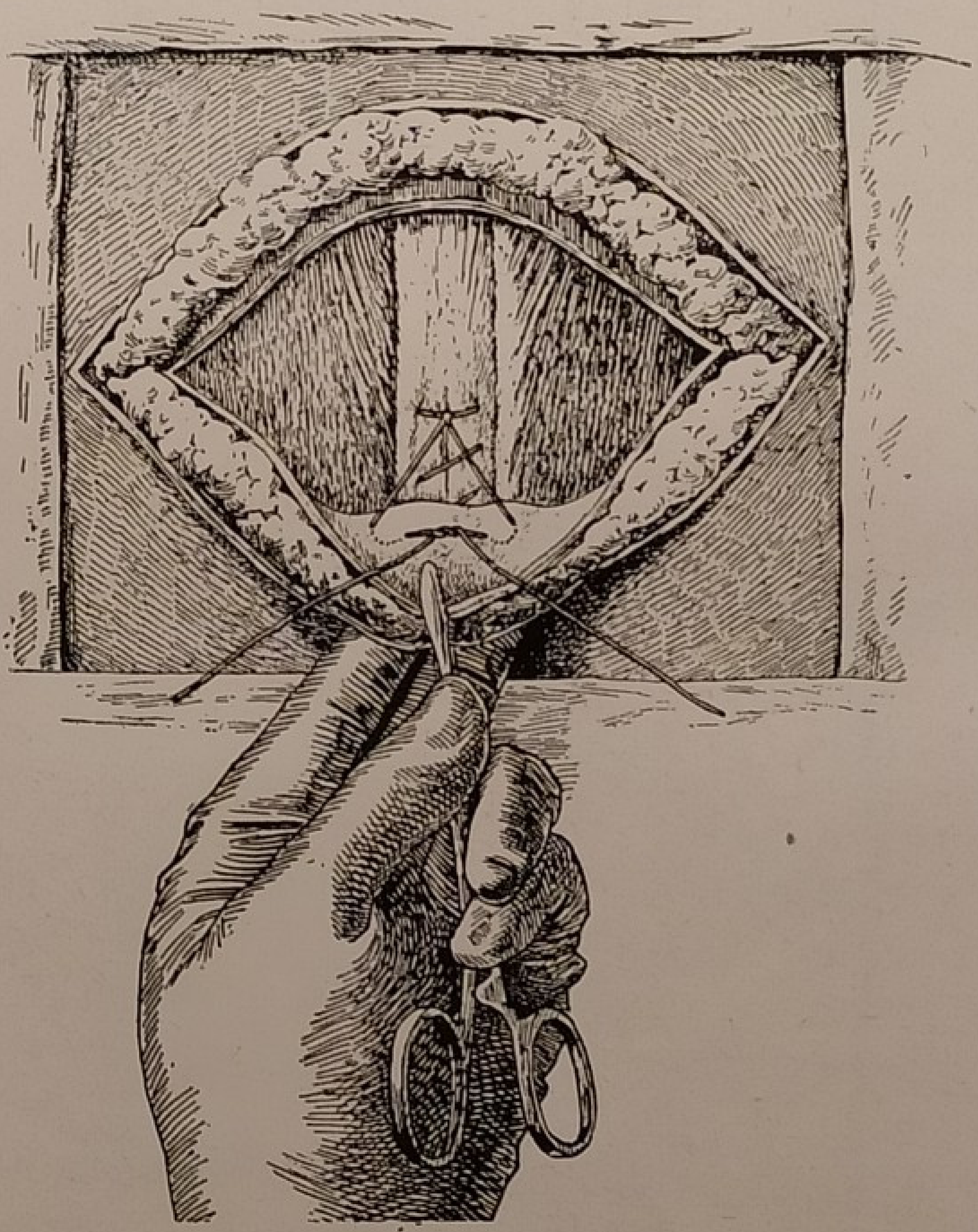


Fig. 233.

E annodando (*v.* Fig. 232), il peritoneo viene stirato in alto portando con sè la cupola della vescica.

La isteropessi pelvica, con i suoi tempi complementari ha ormai fatto le sue prove, dimostrandosi sicura e resistente anche alle successive gravidanze; semplice nella esecuzione e rapidissima. Fra i varî vantaggi v'è anche quello che col sollevamento del lembo fissatore viene modificata la forma dello sfondato vescico-uterino, così da impedire che il frapporsi in esso di anse intestinali favorisca il riprodursi dello spostamento, come può succedere nel caso che si sia provveduto col solo accorciamento dei legamenti rotondi.

Malattie varie dei genitali esterni.

Bartolinite.

Può richiedere l'incisione che si fa sulla faccia interna nella parte più declive; è bene applicare un drenaggio di garza, che si rinnoverà per qualche giorno. Data la natura, quasi costantemente blenorragica, si dovrà associare la cura antigonococcica.

Cancro della vulva.

Il cancro della vulva, come quello della vagina è poco suscettibile alle cure, sia chirurgiche che attiniche. La recidiva è quasi la regola. Quando la diagnosi sia abbastanza precoce, si potrà ad ogni modo tentare l'ampia asportazione del cancro, associandola allo svuotamento dei gangli inguinali e alla radioterapia.

Nei casi inoperabili resta solo tentativo da fare la radioterapia (per le cure palliative in genere *v.* il cancro dell'utero).

Cisti del Bartolini e cisti vulvari o vaginali.

La cura consiste nella asportazione che si può fare con anestesia locale o in narcosi. È utile evitare lo svuotamento della cisti; la parete tesa è più facilmente scollabile dal tessuto circostante; attenzione nelle cisti vaginali alte: alcune volte il polo superiore si spinge molto in alto oltre al fornice.

Condilomi vulvari.

Curare la leucorrea; nelle forme piccole possono bastare delle applicazioni di polvere di sabina e allume; quando abbiano assunto proporzioni più notevoli, meglio asportarli, preferibilmente col Pacquelin; in quelle molto estese, che a volte assumono l'aspetto di veri tumori, è necessaria la narcosi.

Kraurosi della vulva.

Può risentire vantaggio dalla Roentgenterapia o dai raggi ultravioletti, quando non si sia ottenuto alcun risultato con bagni caldi, con tintura di jodio e sempre come tentativo prima d'intervenire operativamente con la asportazione delle parti malate.

Edema vulvare.

Quando sia molto voluminoso può essere ridotto con scarificazioni multiple fatte sulla superficie interna con un ago o con un bisturi sottile, previa disinfezione. Curare la causa.

Elefantiasi.

La cura è operativa.

Ematoma vulvare.

Incisione verso la faccia interna, asportazione del coagulo, ricerca del vaso sanguinante, per lo più esso si è già chiuso e allora basta, dopo lo svuotamento della cavità, applicare un drenaggio nella parte declive, mentre il resto dell'incisione è suturato, dopo regolarizzazione dei margini, se emorragici, necrotici. Se invece si rintraccia il vaso sanguinante si applicherà una Kocher, che si potrà lasciare a permanenza, se non si riesca a far passare un punto per la emostasi definitiva.

Estiomene.

Cura generale sopratutto jodica; localmente medicazioni con tintura di jodio, con acido lattico, con cloruro di zinco; nelle forme circoscritte ma ribelli può essere preferibile l'asportazione della zona ulcerata; ci sono del resto casi di buon successo con la radio-terapia.

Fibromi della vulva, lipoma, cisti delle grandi labbra, ecc.

Vanno curati con la asportazione. Per lo più basta la anestesia locale.

Idrocele.

La cura consiste nella asportazione.

Leucoplasia.

Bisogna evitare l'applicazione di sostanze antisettiche concentrate o di caustici; occorre, sopratutto, la cura generale; localmente combattere le secrezioni utero-vaginali; ricercare sempre la sifilide; in caso di insistenza o di estensione notevole, asportazione.

Ulcera molle.

Cura locale con soluzione concentrata di cloruro di zinco; efficacissima la cura con il vaccino.

Processi flogistici.

Vulvo vaginiti,

nelle bambine:

Nelle forme blenorragiche va data la massima fiducia ai preparati di argento. Il più usato è il protargolo al 2-3 % in lanolina e vaselina in parti uguali; con questa pomata si spalmano i genitali esterni curando che un po' di essa entri anche nella vagina. Si possono aggiungere pure

delle lavande vaginali, che è bene siano fatte direttamente dal medico, per la loro delicatezza, usando un piccolo catetere vescicale di vetro; esse hanno sopratutto lo scopo detersivo più che disinfettante; in quest'ultimo caso dovrebbero essere preferite le soluzioni di nitrato d'argento (al mezzo-uno %); buoni anche il protargolo, l'argirolo, il Choleval. A scopo detersivo può servire il permanganato di potassa al 0.25,05 per mille. Si può anche introdurre direttamente in vagina, con una piccola pera di gomma, un po' di pomata di protargolo.

Nella cura delle vaginiti acute sostenute da malattie infettive (morbillo, difterite, ecc.) la cura locale è semplicemente detersiva, ma si dovrà poi fare speciale attenzione quando si formino delle ulcerazioni, le quali preparerebbero delle stenosi cicatriziali se non si mantenessero a distanza le pareti vaginali con degli zaffi di garza sterile, o disinfettante (p. es. vioformio).

Nelle altre vulvo-vaginiti bisogna eliminare la causa. Se lo stato irritativo sia notevole, i preparati a base di argento giovano anche nelle forme non blenorragiche: è pure vantato l'uso del mercurio-cromo all'1 % in lanolina e vaselina a parti uguali.

In ogni forma di vulvite bisogna poi sempre curare la massima pulizia esterna.

nelle adulte:

Nel periodo acuto è fondamentale il riposo a letto con l'alimentazione a base di latte e vitto bianco in genere; quando esistono edemi vulvari è utile fare delle applicazioni di acqua vegeto-minerale; si può aggiungere la cura generale (siero antigonococcico, stomosina, caseal calcico, ecc).

Nella fase subacuta gioveranno le lavande vaginali con protargolo al mezzo-uno %, al permanganato di potassio 1 ‰; al lysoformio, al borato di soda, ipoclorito, euclorina, ecc.

Data la compartecipazione delle vie urinarie è bene somministrare dei disinfettanti, tipo urotropina, elmitolo, bleu di metilene.

Se non c'è febbre, può essere iniziata una cura specifica col vaccino (anche endovenosa).

Le vulviti settiche puerperali sono prontamente modificate dalle causticazioni locali, con tintura di jodio, oppure meglio, con una miscela a parti uguali di alcool a 90 con acido fenico puro.

nelle vecchie (vaginiti senili):

Migliorano con semplici lavande detersive debolmente antisettiche, per esempio con ipoclorito, oppure con soluzione fisiologica; utili sono le applicazioni di glicerina o di vaselina.

Precetto generale da seguire è di astenersi da ogni manovra endouterina in tutti questi processi acuti infiammatori; c'è altrimenti il pericolo di trasportare in alto un'infezione che da sè potrebbe rimanere limitata alle basse vie.

Cerviciti.

Nelle forme acute settiche possono giovare, oltre le cure generali, anche le applicazioni locali di tintura di jodio o di alcool e acido fenico in parti uguali (quest'ultimo rende i migliori servizi nelle forme puerperali).

La cura, del resto, si identifica in genere con quella delle vulvovaginiti acute.

Nelle forme croniche le lavande vaginali, gli ovuli vaginali a base di argirolo, protargolo (quando si riconosca un'eziologia gonococcica), di solfato di zinco, di ittiolo, di tannino (quando sia escluso il gonococco), possono rendere i migliori servizi, come si disse parlando della leucorrea (*v.* anche la cura dell'ectropion e dell'erosione).

Nei postumi delle forme croniche, sopratutto quando ci sia stato un ectropion da lacerazione, o quando si associ una metrite, si possono avere delle ipertrofie circoscritte del collo con dilatazioni cistiche delle ghiandole cervicali che formano i cosidetti ovuli di Naboth.

Qualche volta può bastare pungere le singole cisterelle; se ne vede subito gemere del liquido limpido filante.

Nei casi invece in cui v'è uno stato congestizio, di solito esponente di stasi generale pelvica, conviene fare delle scarificazioni multiple locali; la decongestione che così si ottiene è risentita molto beneficamente, anche nei riguardi della sintomatologia dolorosa.

Talora infine si deve fare la asportazione della parte esuberante, eseguendo l'una o l'altra modalità di *amputazione del collo* (1), parziale o totale secondo il singolo caso.

---

(1) A meno che non coesistano altre condizioni patologiche (prolasso, ipertrofia longitudinale), si tratta per lo più di semplici *amputazioni della portio vaginale*, in parte maggiore o minore; non occorre quindi spingersi in alto come nelle *amputazioni sopravaginali*.

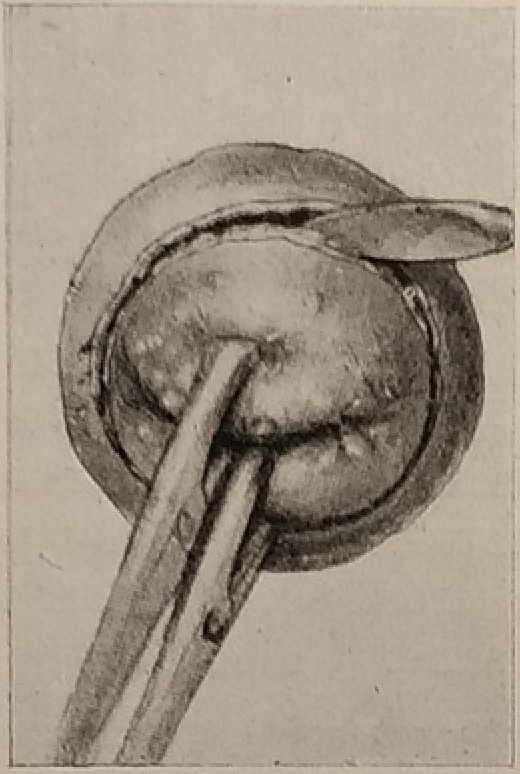
Di solito si comincia con un'incisione trasversale, che divide in due labbra il collo dell'utero mettendo in evidenza la mucosa cervicale; con un'incisione circolare si scolla l'attacco vaginale alla *portio* sospingendolo in alto più o meno secondo i casi; si recide allora col bisturi il tessuto cervicale dando al taglio una direzione obliqua, in modo da conservare parte della mucosa cervicale. Spesso c'è un discreto gemizio di sangue; se s'individua qualche arteriola, la si afferrerà con una Kocher; di solito basta per l'emostasi la sutura in massa, che viene fatta con punti staccati, che comprendono la mucosa della *portio* a uno o due centimetri dal margine e fuoriescono nel canale cervicale, in modo che nell'annodare il filo le due mucose vengono a contatto reciproco. Di solito rimane un po' esuberante la mucosa vaginale ai due lati; basterà aggiungere qualche altro punto.

Più regolarmente tondeggiante rimane il nuovo collo, quando si fa una resezione conica di esso, dopo aver tracciato un'incisione circolare sul limite del fornice vaginale. Bisogna poi mobilizzare la mucosa in modo da poterle far raggiungere senza sforzo il canale cervicale (*v.* figura 237).

Nell'eseguire la amputazione, con l'una o l'altra tecnica, rammentare che bisogna conservare la pervietà del canale cervicale e che possono venirne inconvenienti in occasione di successive gravidanze.

Sono piccole operazioni, codeste, ma che richiedono abitudine e padronanza della tecnica, anche per poter adottare le modalità più rispondenti in quel dato caso. Si ricordi d'altronde che possono essere causa di emorragia, anche secondaria e sopratutto che la odierna ginecologia ha molto ridotto le indicazioni a codesti interventi, che erano eseguiti invece un tempo con grande larghezza e senza nette indicazioni.

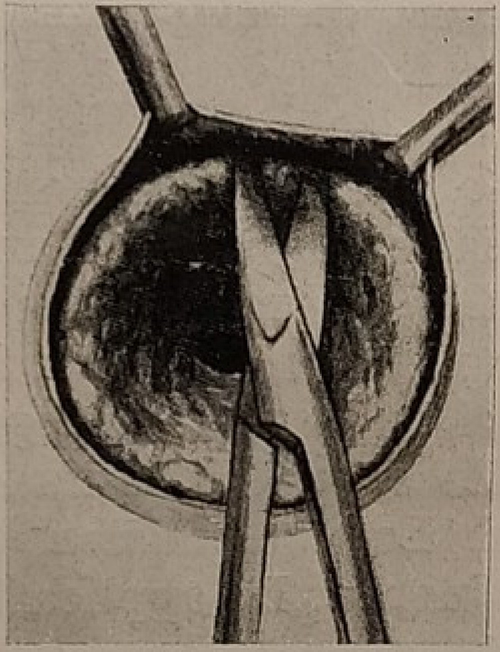
RESEZIONE CUNEIFORME DELLA *PORTIO*.



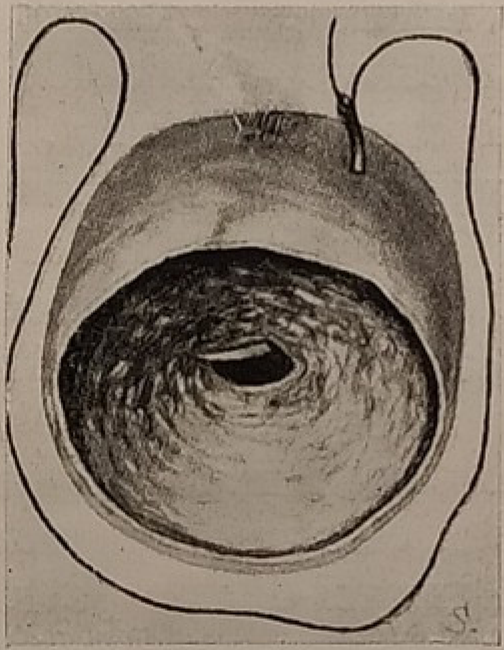
A
FIG. 234.

B
FIG. 235.

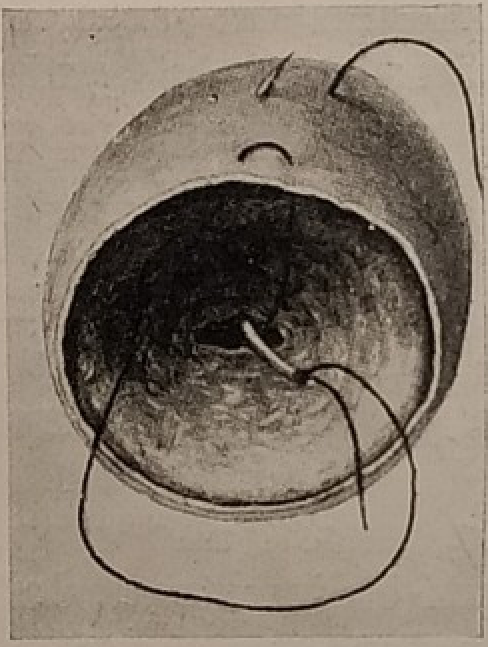
C
FIG. 236.



D
FIG. 237.

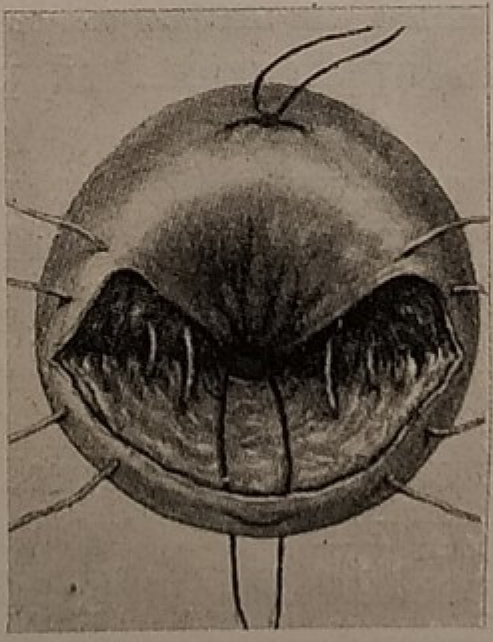


E
FIG. 238.

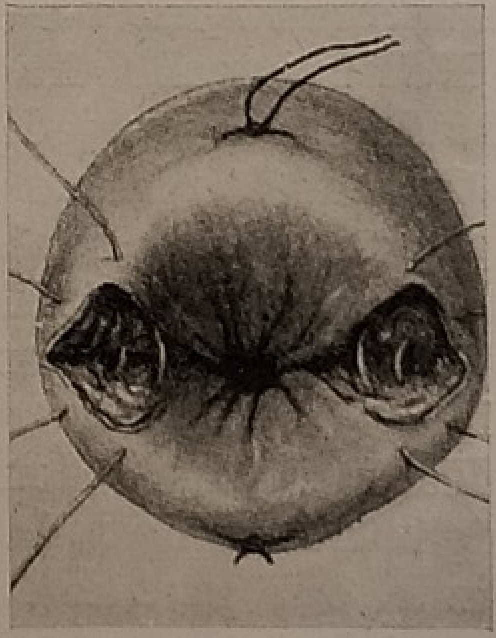


F
FIG. 239.

G
FIG. 240.



H
FIG. 241.



I
FIG. 242.

A–B–C: I vari tempi dell'asportazione del cono di tessuto cervicale;
D: La mucosa della *portio* è mobilizzata dal tessuto muscolare;
E–F: Modo di passare i fili (schematizzato nella fig. *G*), per portare la mucosa della *portio* a contatto con la mucosa del canale cervicale;
H–I: Applicazione dei punti laterali, dopo applicato anche il punto mediano posteriore (da CROSSEN: *Dis. of. Wom*).

Erosioni del collo.

Nelle forme semplici circoscritte può essere già sufficiente la cura con delle lavande vaginali (p. es. con acido borico e tannino a parti uguali, 10 gr. per due litri, allume, solfofenato di zinco) e le applicazioni a sere alterne di ovuli vaginali al solfato di zinco, al thygenolo, al tannino, all'ittiolo, ecc.

Nelle erosioni papillari e vegetanti si ottiene più rapido risultato con delle medicazioni ripetute di tintura di jodio in glicerina. Per eseguirle, posta la donna in posizione sacro-dorsale, si mette in luce il collo con uno speculum, lo si deterge con un batuffolo asciutto e poi si porta la soluzione jodica direttamente sulla erosione, mediante un batuffolo, evitando che si diffonda alle parti sane.

Più energico è il trattamento con l'acido nitrico, che dà addirittura un'escara, più o meno superficiale; nel suo uso bisogna però essere molto cauti, per limitare la causticazione alla zona malata; sarà utile, a questo scopo, di difendere i fornici con della garza e di adoperare un minimo batuffolino di ovatta, facendone poi colare l'eccesso di acido, prima di portarlo entro ai genitali. Invece dell'acido nitrico può essere usato il nitrato di argento o il cosidetto philos.

Più recenti sono le applicazioni della *termo-coagulazione* (1); questa viene eseguita servendosi dell'apparecchio di diatermia, oppure anche con speciali apparecchi, trasportabili a domicilio, da mezzo ampère. L'elettrode inattivo (a piastra, 10 × 20) viene messo sotto le natiche della paziente; l'elettrode attivo può essere a sfera, a punta d'ago, a coltello e viene fatto strisciare lentamente sulla superficie della erosione, messa allo scoperto con uno speculum. La coagulazione dei tessuti è dimostrata dal formarsi di una patina bianca. Le applicazioni si ripetono tre o quattro volte a distanza di 8-10 giorni, tempo necessario perchè cada l'escara prodotta dalla coagulazione; poichè la epitelizzazione comincia dalla periferia verso il centro, le singole applicazioni successive interesseranno un tratto di tessuto sempre meno esteso.

Nell'intervallo fra le applicazioni si prescrivono delle lavande vaginali, p. es. con jodio ed amido.

Quando l'erosione è sostenuta da un processo di endocervicite, bisogna modificare anche questa, sia portando le medicazioni suddette entro il canale cervicale, sia, anche meglio, con l'uso delle candelette endo-uterine a base, per lo più, di preparati di argento (Delegon, Cholevel).

Tanto nelle erosioni, come nelle cerviciti croniche è anche stata consigliata l'azione della iperemia locale, una specie di stasi alla Bier (2), ottenuta con speciali dispositivi vaginali, adatti a produrre il vuoto per qualche minuto. Si intende che sono nette controindicazioni gli stati acuti flogistici e la gravidanza.

---

(1) V. Rubbiani, in *La Clinica Ostetrica*, 1926, n. 5.

(2) Tale metodo è stato anche applicato, con qualche successo, a casi di oligomenorrea e di ipoplasia utero-ovarica.

Endometrite.

La cura delle endometriti puerperali acute è svolta nei trattati di ostetricia; qui basti ricordare che è sempre preminente la cura generale dell'organismo, per lo scarso affidamento che possiamo fare sulla cura disinfettante locale.

Riconosciute dalla generalità insufficenti e talora pericolose le comuni lavande endo-uterine; non pratiche, perchè richiedenti istallazioni speciali e speciale assistenza, le irrigazioni continuate, permanenti alla Carrel; la cura locale si è oggi ridotta a qualche causticazione dell'endometrio o con tintura di jodio, o con alcool e acido fenico a parti uguali. Si può farla con le valve o con lo speculum; importante è traumatizzare e spostare il meno possibile l'utero; astenersene, quando ci siano segni di reazione peritoneale o annessiale.

Nelle forme ginecologiche settiche, nella fase acuta, ci si limita, di solito, a prescrivere il riposo a letto, il ghiaccio sul ventre e la cura generale, che potrà essere utilmente specifica (siero, vaccino) quando sia identificato il germe patogeno.

Quando esista secrezione abbondante vaginale si aggiungeranno delle lavande detersive.

Nella fase subacuta, la terapia locale può essere più attiva e si identifica con quella della vulvo-vaginite, e della cervicite, quasi sempre concomitanti.

Nelle forme croniche può essere richiesta la cura o per il fatto emorragico o per la insistenza della leucorrea. Per la cura delle menorragie *v.* pag. 295. Per influire sulla leucorrea di origine endouterina furono un tempo in onore il raschiamento, le lavande endo-uterine, le medicazioni.

Il raschiamento deve essere mezzo di eccezione e va eseguito soltanto quando ogni fatto acuto sia ormai lontano e sopratutto quando siano mancate le reazioni flogistiche annessiali. C'è sempre pericolo che il processo infettivo si risvegli, mentre d'altra parte, persistendo le condizioni patologiche del miometrio e degli annessi e sopratutto permanendo la flogosi locale nella parte profonda residua della mucosa, anche il nuovo endometrio si formerà malato.

Le lavande endo-uterine avranno limitatissime indicazioni, in forme putride, o in casi di piometra, per lo più come preparazione ad interventi operativi.

Le medicazioni endo-uterine possono venir fatte portando nell'interno con la speciale siringa di Braun, della capacità di 1-2 cmc., dei liquidi medicamentosi, quali l'jodio e glicerina, il cloruro di zinco, il nitrato di argento (1); l'introduzione del liquido deve essere lenta, il canale cervicale deve essere ampio, in modo da lasciare defluire il liquido; se insorge dolore acuto, che può far pensare al suo passaggio traverso la tromba nel peritoneo, sospendere immediatamente l'iniezione.

---

(1) Fra le soluzioni proposte allo scopo è lodata da COLORNI la seguente: olio d'oliva 70 – etere 30 – jodoformio 7 – creosoto 5 – gomenol 5 (*v.* in *La Clinica Ostetrica*, luglio 1926).

Meno pericolose sono le medicazioni fatte con speciali porta-tamponi del tipo, per esempio, della sonda di Playfair. Fra le sostanze nelle quali si può imbevere il tampone di ovatta avvolto intorno alla sonda, ricordiamo il nitrato di argento, anche al 3–4 %, oltre, come già si disse, la formalina, lo jodio, il cloruro di zinco.

Dobbiamo aggiungere che anche per queste medicazioni è tendenza della moderna ginecologia di ridurle il più possibile; possono essere sostituite efficacemente dalle applicazioni endo–uterine di speciali candelette antisettiche come quelle a base di protargolo; ma sopratutto è importante la esatta valutazione della forma morbosa, che è per lo più diffusa, sì che quella dell'endometrio è solo una tappa e non sempre la principale.

Metriti.

Nella forma acuta la cura coincide con quella delle altre infiammazioni genitali concomitanti (endometrite, annessite); nella forma cronica si tratta sopratutto di identificare la causa onde rimuoverla o attenuarla, quando sia possibile.

Della forma più importante della metrite emorragica già si è detto

Annessiti, peritoniti, parametriti.

Nelle forme acute di annessite, peritonite pelvica, parametrite, *nelle fasi iniziali* occorrerà tenere la malata a letto, col torace un po' più alto del bacino; sono utili le applicazioni fredde sui quadranti inferiori (1); è bene evitare i purganti, come pure gli enteroclismi troppo voluminosi; dobbiamo non disturbare quelle provvidenziali aderenze che si formano attorno al focolaio infiammato e che vengono ad escluderlo dalla grande cavità addominale; così eviteremo anche la ripetizione di esami obbiettivi e la brutalità e la insistenza in essi.

Se sia nota la eziologia del processo flogistico si potranno aggiungere delle cure generali specifiche, per esempio con siero antigonococcico, oppure si ricorrerà ad una terapia proteinica generica (latte e derivati, caseal, goneal, yatren, caseina, stomosine, ecc.).

Converrà molte volte ricorrere ad una terapia sintomatica del dolore, che spesso domina la scena; serviranno i comuni sedativi oppiacei

(1) Questa dei processi flogistici annessiali, come quella delle gravidanze extrauterine sono le più comuni indicazioni all'uso delle *applicazioni fredde sull'addome*. Si adopera una borsa di ghiaccio, abbastanza ampia da occupare la metà inferiore dell'addome; non farla troppo pesante (non sarebbe tollerata bene); non lasciarla piena di aria (non si adatterebbe bene al ventre); interporre fra essa e la cute una sottile flanella di lana (nelle applicazioni prolungate si finirebbe per avere delle causticazioni); rinnovarla quando tutto il ghiaccio è sciolto (altrimenti diventa... una borsa di acqua calda).

In molte regioni c'è prevenzione contro l'uso del ghiaccio; esso... arresterebbe la mestruazione, farebbe venire la febbre, darebbe reumatismi, ecc.; in molti casi il pregiudizio popolare deriva dalla confusione del brivido o del freddo prefebbrile, col senso di freddo della applicazione di ghiaccio.

Saper interrompere a tempo la applicazione: quando il processo acuto si è spento, allora non occorre più; e così quando nelle parametriti si sia già andati alla suppurazione.

o del gruppo dell'aspirina, piramidone; qualche volta serve bene un piccolo clistere di 50–100 grammi con 10–20 gocce di laudano e mezzo-un grammo di antipirina. In qualche caso si deve ricorrere anche ad iniezioni ipodermiche di morfina o equivalenti.

Nel corso della malattia è necessaria un'accurata sorveglianza: dovremo sorprendere subito un'eventuale rottura della raccolta purulenta nella cavità peritoneale, che richiederebbe una immediata laparotomia; nelle forme poi, sopratutto parametrali, in cui all'inizio la infiltrazione flogistica era dura, dovremmo rilevare il manifestarsi di una fusione suppurativa che richiederebbe di dar esito al pus (per lo più per via vaginale con la colpotomia, talora nella regione sopra-

Fig. 243. – Pinza di Landau per colpotomia.

inguinale) apertura che dovremo fare in tempo per evitare l'esito di un'apertura spontanea nel retto o nella vescica.

La apertura dei focolai suppurati della pelvi è semplice, quando la raccolta si sia estrinsecata nel fornice posteriore distendendolo; a volte si incontra lo scalino fatto dalla massa a poca distanza dalla vulva e allora non c'è nè difficoltà, nè pericolo nell'intervenire a dare esito alla raccolta. Pericoli ci sono invece quando la massa sia alta, anteriore o laterale; in avanti per la possibilità di ledere la vescica, ai lati per la presenza dei vasi e degli ureteri.

Posteriormente invece, basta mettere allo scoperto la parte tesa della vagina e, previa disinfezione ed accertamento della reale esistenza della raccolta con una puntura esplorativa, la si apre o con un colpo di bisturi, o meglio con un trequarti, il quale poi ha il vantaggio che lascia bene defluire la raccolta mantenendo pervio l'orifizio; lungo il tramite del trequarti è facile insinuare un Klemmer e divaricandolo aumentare senza pericoli la breccia del fornice e così lasciare un sufficente deflusso; ad assicurarlo si può mettere un tubo di gomma o una striscia di garza.

Meno manipolazioni si fanno, meglio è.

Si insisterà più sulle cure generali che non sulle medicazioni locali.

Molte volte abbiamo lasciato lo stesso tubo, anche sottile, in posto 8–10 giorni senza mai rimuoverlo, senza irrigazioni endocavitarie e il decorso è stato felicissimo. Cessati i dolori, caduta la febbre, scomparsa la secrezione purulenta, si rimuove poi lo zaffo e si prosegue nella cura solita dei processi flogistici.

Uno strumento che rende buoni servizi in queste contingenze, è *la pinza di Landau*, che è al suo interno scanalata in modo da portare l'ago, che serve per la puntura esplorativa; una volta positiva questa,

basta spingerla profondamente nella stessa direzione dell'ago senza doverlo togliere; la pinza si affonda grazie alla sua forma conica e, avendo i margini taglienti, concede poi, aprendone i manici, di allargare a sufficienza il tramite così fatto traverso i tessuti vaginali.

Nella fase subacuta quando il processo tende ad essere circoscritto all'apparato genitale ed alla pelvi, la febbre diminuisce, il dolore è più tollerabile, il risentimento peritoneale scompare, si potrà con vantaggio aggiungere nella cura l'uso di lavande vaginali, prolungate, molto calde, o semplici o con qualche disinfettante; sarà bene anche insistere nelle cure proteiniche (caseal, latte, argento colloidale, o tentare le iniezioni di trementina sottoperiostee (1) oppure ricorrere alle cure specifiche: vaccini (anche per via endovenosa) o stomosine.

Nelle forme tubercolari gioverà lo jodio anche per iniezioni endovenose (p. es. jonidion).

Nelle forme spente senza più febbre o con minimi rialzi serotini si può affrettare il riassorbimento degli essudati con una terapia locale anche più attiva; alle lavande vaginali ripetute e prolungate (2), si potranno aggiungere, per esempio, dei sali di Castrocaro o di Salsomaggiore; si potrà giovarsi anche della azione risolvente degli ovuli vaginali, per esempio coll'1–2 % di joduro di potassio o dell'jotione; anche molto usati sono quelli all'ittiolo; nelle forme blenorragiche o comunque con secrezione purisimile, è bene alternare anche degli ovuli vaginali al protargolo, o equivalenti preparati di sali d'argento.

Sull'addome si potrà anche ricorrere all'uso di applicazioni calde (3), specialmente se da queste traggono beneficî i residui fatti dolorosi.

Dal lato terapeutico è poi importante insistere sulla necessità di un riposo prolungato a letto (4) per molto tempo dopo la fine dei

---

(1) Per lo più sotto il periostio della fossa iliaca esterna presso la cresta, usando una sospensione oleosa all'1 per cento.

(2) Per modificare la circolazione, le lavande si fanno con acqua a temperatura elevata, anche oltre i 45 gradi. L'applicazione di vaselina o lanolina ai genitali esterni, o meglio l'uso di uno speculum di porcellana o di ebanite, permettono di raggiungere temperature elevate senza provocare dolore. Queste lavande « risolventi » devono essere molto prolungate, anche fino a 10 litri per volta. Vanno fatte in posizione orizzontale; dopo di esse la donna deve restare in prolungato riposo. Si può adoperare acqua semplice o con sale di cucina, o con qualche blando disinfettante. Qui è chiesta sopratutto l'azione termica, congestizia.

(3) *Per le applicazioni calde* si ricorre ai bagni generali e locali (semicupi), ai comuni cataplasmi, ai termofori elettrici, alle borse di gomma contenenti l'acqua calda, alle stufe elettriche, ai fanghi, i quali ultimi nelle forme croniche, dimostrano un'efficacia comparativamente più notevole, forse anche in rapporto con le sostanze radio–attive che ne emanano.

In tutte queste applicazioni calde si viene a stabilire una pigmentazione bruna della cute, con delle marezzature corrispondenti al reticolo venoso, se la temperatura sia stata troppo elevata.

Le applicazioni calde raggiungono uno scopo analgesico, oltre che risolvente; rendono quindi utilissimo aiuto. Però la congestione che esse provocano potrebbe riuscire di danno in certe condizioni morbose: così è che dobbiamo evitarne l'uso nelle gravidanze extrauterine, nelle flogosi acute, nelle coliche appendicolari, nelle menorragie.

(4) Il comune *riposo*, come è inteso e applicato, non risponde allo scopo; quando la donna si alza e si mette magari a sedere, intanto mantiene una circolazione pelvica ben diversa

fatti febbrili, finchè persistono segni evidenti dell'essudato, altrimenti si avranno con facilità delle riprese di acuzie; nelle forme blenorragiche poi converrà ritardare il più possibile la ripresa dei rapporti sessuali e far curare energicamente, e definitivamente il marito. Molte volte altrimenti si assiste a delle vere nuove infezioni.

Per favorire la risoluzione dei postumi delle lesioni flogistiche genitali possiamo anche ricorrere a cure fisiche sopratutto ai raggi ultravioletti ed alla diatermia.

Anche la elioterapia, quando sia fatta bene, può portare a notevole giovamento, ma deve essere sistematica, graduale, protratta. Va evitato il sole troppo caldo e la esposizione troppo lunga. Si suol cominciare da pochi minuti, crescendo gradatamente fino ad un massimo di 20–30.

Spesso è bene non circoscriverla al solo addome, ma a tutto o a gran parte del corpo; in questo caso cominciando da un segmento (braccia, gambe, coscie) fino ad esporre gradatamente una parte sempre maggiore del corpo, addome compreso.

La diatermia può rendere pure segnalati servizi, specialmente contro l'elemento dolore, ma va limitata ai casi ormai sicuramente spenti da tempo, per non provocare delle riacutizzazioni.

La actino- e la diatermoterapia si rafforzano e completano a vicenda: i raggi ultravioletti esaltano le reazioni biochimiche, che a loro volta si compiono più attivamente sotto l'azione del calore, il quale per suo conto esplica una maggiore azione trovando aumentato il trofismo cellulare (1). La cura combinata si può fare a giorni alterni o meglio contemporanea.

I raggi ultravioletti si possono anche applicare localmente sul collo, mediante uno speculum e se ne videro notevoli successi nelle cerviciti e nelle annessiti.

Ad ogni modo per quanto riguarda i particolari di tecnica, bisogna vedere i trattati speciali.

Nelle forme antiche si suole consigliare, con buoni risultati, la cura salsojodica (Salsomaggiore, Castrocaro, Salice); utili possono anche essere dei semicupi tepidi, salsojodici.

Vi è poi un certo numero di casi che si mostra ribelle alle cure mediche anche prolungate, che hanno facili recidive o in cui persiste il dolore molesto, inibendo ogni attività; sono sopratutto casi di donne meno agiate, che possono meno riguardarsi; può convenire allora di ricorrere alla operazione: la laparotomia potrà poi essere più o meno demolitrice, secondo i casi; spesso sarà possibile conservare almeno la funzione mestruale, lasciando un tratto della cavità uterina e limitandoci all'asportazione della parte alta dell'utero, comprendendovi la parte interstiziale delle trombe.

---

che se resta in posizione orizzontale, e poi è inevitabile che prenda parte, per quanto piccola, a questa o quella faccenda domestica. *Ci vuole il letto sul serio*, e bisogna farne persuase queste malate.

(1) Vedasi al riguardo la *Clinica Ostetrica*, maggio 1926 (lavori di Pomini, Talia, Rubbiani) e ottobre 1926 (lav. di Perazzi).

Altre volte si può completare l'intervento colla salpingostomia, (aprendo un nuovo padiglione al posto di quello occluso) o con un trapianto uterino dell'ovaio, come tentativo per ridare la perduta fecondità (1).

Gli interventi operativi, per avere speranze di buon successo, devono essere fatti dopo un periodo di riposo, afebbrile; sono dei più atipici, secondo l'estensione e la tenacità delle aderenze, secondo la sede degli annessi e il loro volume; non si prestano a una descrizione succinta; in generale richiedono come primo tempo la liberazione di aderenze omentali, intestinali, peritoneali; identificati e isolati gli annessi (il difficile è sollevarli), si asportano in tutto o in parte secondo i casi; se resta la parete uterina tutta decorticata e sangüinante, se si tratta di donne anziane, conviene fare pure la isterectomia complementare, piccolo sacrifizio in realtà se già si debba fare la annessiectomia bilaterale. A volte si può invece riparare bene coprendo l'utero col lembo peritoneale come nelle isteropessi.

In certi casi la stessa isterectomia è difficile e conviene seguire la tecnica alla Kelly, procedendo da un lato all'altro, da quello dove è più facile scollare l'annesso verso il lato opposto, e liberando così l'altro annesso per ultimo dopo avere disinserito l'utero. Talora giova seguire il metodo di Faure, che lascia i due annessi per ultimi, dopo la emisezione dell'utero.

Tubercolosi genitale.

La cura è anzitutto medica; vitto buono, vita all'aria aperta, elioterapia, jodio, arsenico e calcio. In molte forme abbiamo avuto dei risultati brillanti usando lo jodio per via endovenosa (jonidion). Il soggiorno al mare, la vita riposata sono coefficienti della massima importanza.

La radioterapia è stata anche sperimentata con discreto successo tanto nelle tubercolosi peritoneali, che nelle annessiti.

In caso di insuccesso della terapia medica, se ci sono sofferenze notevoli da parte della malata, o decadimento progressivo, può essere indicata una cura operativa, purchè il focolaio genitale sia l'unico ancora attivo.

---

(1) La sterilità può essere proprio una indicazione ad operare in caso di postumi di lesioni flogistiche; si intende che non dovremo promettere molto; ad ogni modo se il processo è sicuramente spento, non faremo nemmeno del male, e non mancano nella letteratura del trapianto ovaro-uterino anche dei casi favorevoli, per quanto rappresentino appena il 10 %... (TUFFIER, ESTES). In altri casi ancora, quando la lesione tubarica è specialmente localizzata alla porzione interstiziale, sono stati eseguiti altri tipi di intervento, come il trapianto endouterino della porzione istmica della tromba (*v.* p. es. COTTE e BERTRAND in *Obst. e Gynec.*, 1927 marzo). La operazione più semplice e più antica è la salpingostomia, ma i risultati non sono brillanti; ci sono stati poi casi di gravidanza extrauterina, bene interpretabili, perchè, anche riaprendo il padiglione, resta una tromba poco adatta alla funzione, sia per la distensione precedente, sia per le lesioni dell'epitelio. Fra i metodi più recenti ricordiamo quello proposto da HALBAN e NÜRNBERGER e derivato dall'osservazione degli insuccessi seguiti quando si legano semplicemente le trombe per sterilizzare le donne. Invece di aprire il nuovo padiglione basterebbe recidere la tromba fra due legature; la parte uterina diverrebbe poi pervia da sè.

Nelle forme estinte o nei postumi di vecchi processi tubercolari l'indicazione ad intervenire può essere quella di togliere dolori dovuti ad aderenze, più che per il processo in se stesso.

Nella tubercolosi del collo può essere giustificata la semplice amputazione di esso, quando non ci siano localizzazioni nei segmenti superiori dell'apparato genitale (1). Ci sono casi (Pestalozza) in cui all'amputazione del collo tubercoloso non solo seguì la ricomparsa della mestruazione dopo tanto tempo di amenorrea, ma si arrivò fino ad una regolare gravidanza.

Nella tubercolosi annessiale e uterina, la cura di solito è demolitrice. È da ricordare che sono frequenti le aderenze con l'intestino, anche con comunicazioni fistolose, fra esso e il focolaio tubercolare; questo rende piuttosto elevata la mortalità operatoria; perciò alla cura chirurgica si dovrà arrivare solo dopo l'insuccesso delle cure mediche, quando la gravezza dei sintomi e la incapacità assoluta al lavoro la rendono necessaria.

Ricordiamo infine che nelle forme ascitiche, in cui concomita o predomina la peritonite diffusa tubercolare, si sono avuti buoni risultati negli ultimi anni con la insufflazione endoperitoneale di ossigeno; buoni successi si hanno del resto spesso con la semplice laparotomia, senza che ne sia ben chiaro il meccanismo di azione. Di questo ultimo benefico effetto dobbiamo ricordarci per ricorrere con fiducia alla laparotomia anche in qualche caso in cui persistano dei dubbi diagnostici. In un caso personale, in cui tutto portava a pensare a una peritonite tubercolare a forma ascitica (pleurite, pregressa apicite, febbricole, amenorree, ereditarietà, ecc.), la laparotomia ci permise di riconoscere e asportare un papilloma bilaterale dell'ovaio.

Blenorragia.

Per la cura delle singole localizzazioni vedansi i vari capitoli; qui ci limitiamo a riaffermare alcuni precetti generali:

è fondamentale curare sempre anche il marito; se no si avranno delle nuove infezioni a ripetizione;

nelle complicazioni annessiali e a distanza non dimenticare la utilità del vaccino, anche per via endovenosa;

ricordare la cronicità delle localizzazioni ghiandolari, vulvari e cervicali e la necessità quindi di una cura protratta a lungo;

ricordare i pericoli che una localizzazione delle vie inferiori sia da noi stessi diffusa alle vie alte, con manipolazioni improprie (isterometro, raschiamento, medicazioni endouterine);

---

(1) L'amputazione va portata fino al tessuto macroscopicamente sano; è quindi quasi sempre una *amputazione sopravaginale*, e come tale richiede che la parete vaginale, disinserita circolarmente dalla *portio*, venga respinta in alto, il più possibile, identificando e scollando la parete vescicale in avanti, la plica peritoneale indietro; si incontrano sempre grossi rami cervicali e bisogna curare molto l'emostasi; non è intervento facile, per chi non vi sia addestrato.

ricordare che nelle forme acute il coefficiente primo della cura è il riposo a letto e che il riposo è fondamentale sussidio anche a distanza, per evitare il riaccendersi di processi da poco spenti;

ricordare che anche nelle fasi di latenza bastano manovre improprie (riduzione digitale di utero retroflesso; trazioni sull'utero; raschiamenti; discissioni o pessari endouterini, ecc.) per fare esplodere nuovamente la forma acuta;

data la costante partecipazione delle vie urinarie, bisogna associare il trattamento dei disinfettanti urinari, delle bevande diuretiche, della alimentazione non irritante (vitto bianco, abolizione degli alcoolici, ecc.).

Fibromi, adenomiomi.

Fibromi piccoli, asintomatici, accidentale reperto di un esame ginecologico, possono non richiedere alcuna cura; basterà con visite sistematiche, successive, seguirne il comportamento.

Ma a volte la cura è comandata dai fatti emorragici, dai fatti di compressione, da disturbi urinari, dal volume.

La cura semplicemente medica a base di emostatici (segale, gynergen, tenosina) o di preparati opoterapici (ghiandola mammaria funzionante, sistomensina, estratti ipofisari) può essere tentata nei fibromi di piccole dimensioni, con stato generale buono, o presso alla menopausa; ma in caso di insuccesso non bisogna insistervi troppo.

La radio–terapia è andata sempre più estendendo il suo campo di azione, sia attraverso la castrazione attinica, sia coll'irradiazione diretta dello stesso tumore. Presso che unanime è il consenso di riservarla a donne vicine alla menopausa, per tumori che non passino certe dimensioni, in genere non oltre l'ombellico, quando la diagnosi sia certa, non ci siano fatti di necrosi o suppurazione del tumore, nè concomitanti flogosi annessiali acute o comunque recenti, quando non si tratti di tumori sottomucosi e si possa escludere la coesistenza di lesioni maligne dell'endometrio.

Trova ancora giustificata adozione la cura chirurgica: quando persistano incertezze diagnostiche, nei fibromi molto voluminosi, o complicati da fatti necrotici, suppurativi, in quelli associati a gravidanza, nei nodi sottosierosi peduncolati, come pure nei nodi sottomucosi, nell'associazione con tumori ovarici o dell'endometrio, ed inoltre in tutti i casi di donne giovani, nelle quali sia possibile la conservazione delle ovaie e possibilmente della mestruazione pure con l'asportazione dei tumori.

La tendenza odierna è molto favorevole alla miomectomia, anche molteplice, purchè si tratti di forme sicuramente benigne, la tecnica sia perfetta, accurata la emostasi e la peritonealizzazione, e l'età delle malate sia tale da giustificare l'indirizzo conservatore.

La miomectomia è per lo più eseguita per via laparotomica: incisa la parete uterina fino ad arrivare alla capsula del fibroma, lo si enuclea, scollandolo gradatamente; poi si avvicinano le pareti del letto del tumore

con punti profondi e si sutura la parete uterina affrontando sierosa con sierosa; spesso conviene asportare un tratto della parete esuberante. Se si fa uno scollamento cauto non avviene di solito di aprire le cavità uterina; se questo succede, si riparerà subito con aghi staccati. La linea di sutura dell'utero può spesso venire tutta ricoperta di peritoneo, servendosi del lembo sieroso scollato a livello della plica vescico–uterina, come nel processo di isteropessi pelvica.

Come si disse, la via di elezione è quasi sempre quella laparotomica; per vagina si asporteranno solo i fibromi sottomucosi, previa o no la cervicotomia. In un certo numero di casi il fibroma sottomucoso ha tendenza ad essere partorito e lo troviamo allora in parte maggiore o minore nella vagina, attraverso il collo dilatato.

È qui molto facile asportarlo con semplice torsione esercitata con una robusta pinza che lo afferri. Però bisogna sempre stare in guardia sulla possibilità che siano conservati larghi rapporti con la base d'impianto dell'utero e sull'eventualità, quindi, che le trazioni in basso, esercitate sul fibroma, possano provocare un'inversione dell'utero. Utile accorgimento è sempre quello di ricercare con le dita il polo superiore del tumore; anche utile è, sempre se la base d'impianto sia piuttosto larga, incidere anularmente la mucosa con la forbice e snuclearne quindi il fibroma.

Per ciò che riguarda la tecnica della isterectomia per fibroma, essa varia secondo il volume ed i rapporti anatomici. Nei tumori non complicati, interstiziali o sottosierosi, che lasciano all'utero una certa mobilità, l'operazione può essere condotta in modo tipico.

Laparotomia mediana sottombellicale; riparazione del campo operatorio con garza; estrinsecazione dell'utero fibromatoso (in questo tempo il migliore sussidio ci viene dato dall'uso dei levatappi a spirale, che si affondano nel tumore, facendo una solida presa); sollevamento del legamento infundibolo-pelvico di sinistra e recisione fra due Kocker; scollamento del legamento rotondo e recisione fra due Kocker; scollamento del peritoneo dell'istmo, a partire da un legamento rotondo all'altro e recisione con forbice, il più in alto possibile; legatura a destra del legam. rotondo e infundibolo-pelvico; con un batuffolo scollamento in basso, anteriormente, del lembo peritoneale e della parete vescicale; messe in luce ai due margini dell'utero le arterie uterine, recisione fra due Kocker, più o meno in basso secondo che si faccia una amputazione alta o bassa dell'utero; fissato il moncone periferico con due pinze uncinate in avanti e in dietro, sezione del tessuto uterino interposto. Detersione del canale cervicale sezionato. Sutura del moncone avvicinando le due labbra del collo – sostituzione con lacci delle Kocker.

Peritonealizzazione del moncone; a punti staccati; uno, il primo, ad U, passato sulla faccia posteriore dell'utero e poi interessando il lembo peritoneale per circa 3 cm.; annodandolo, il moncone resta quasi incappucciato dal peritoneo già col I punto. Completata la peritonealizzazione con punti laterali, chiusura del ventre in tre strati (sierosa peritoneale, fascie, cute).

Altre volte o per la sede del tumore o per la coesistenza di lesioni del collo non si deve limitarsi alla *isterectomia subtotale*, cioè non si può lasciare la porzione vaginale e sopravaginale del collo, ma si deve disinserirla dalla vagina (isterectomia totale). Questa richiede speciali accorgimenti preparatori (disinfezione della vagina) e cura speciale per scollare e respingere di lato gli ureteri.

Particolari accorgimenti si richiedono nei tumori infralegamentosi e cervicali. In alcuni casi occorre attenzione già nell'apertura della cavità peritoneale per lo stiramento in alto della vescica; speciali cautele richiede poi lo snucleamento del tumore in basso, per evitare di ledere l'uretere.

Nella complicazione dei fibromi colla gravidanza, si interverrà quando compaiono fatti meccanici di compressione, necrosi, torsioni, emorragie interne; talora basterà la *miomectomia*, tatora bisogna demolire l'utero. Sempre *irrazionale* e da proscrivere l'aborto provocato. (Per molte ragioni: perchè il fatto patologico è il fibroma e non la gravidanza; perchè ci sono gravidanze che arrivano a termine bene pure con l'utero fibromatoso, perchè talora lo stesso aborto è difficile per lo spostamento del collo, e la deformazione della cavità e si sono avuti dei casi, in cui si dovette ricorrere ad una isterectomia dopo tentato l'aborto, quindi in condizioni meno propizie).

Per la condotta da tenere nel parto vedi i trattati di ostetricia; in linea generale sono malate da ospedalizzare.

Polipi cervicali.

La asportazione è di solito semplice: basta mettere allo scoperto il collo e, previa disinfezione, afferrarli con una pinza a buona presa, proporzionata al volume; nei polipi di una discreta dimensione, rende buoni servizi l'uso della comune pinza da aborto fenestrata; per quelli mucosi semplici piccoli, basta anche una Péan; fatta la presa, si imprimono dei movimenti di torsione fino a che il peduncolo cede.

Talora, o perchè esso si è strappato troppo lontano dalla base di impianto o perchè qui esistono altre vegetazioni iniziali, è bene completare il piccolo intervento tosando con forbici il punto di impianto; talora anzi conviene fare addirittura un raschiamento cervicale.

Delle precauzioni da avere nei grossi polipi fibrosi è detto nel capitolo dei fibromi.

È bene raccogliere il materiale asportato e sottoporlo ad esame microscopico, ogni volta che l'aspetto non sia chiaramente quello di un tipico polipetto mucoso ghiandolare. Del resto meglio un esame microscopico di più, inutile, che trascurarlo in un caso di lesione maligna.

Ricordare ad ogni modo che il piccolo intervento deve dare occasione a completare l'esame ginecologico per assicurarsi che non ci siano altre lesioni concomitanti. Attenti sopratutto a non misconoscere la esistenza di tumori vegetanti dell'endometrio o della *portio*, del tipo dei sarcomi, che talora dànno al primo momento la sensazione di comuni polipi con le loro vegetazioni, che si affacciano all'orifizio esterno.

Bisogna saper confessare l'equivoco in cui si è caduti, inevitabile talora nel semplice esame ambulatorio e, si intende, cambiare del tutto il predisposto piano operatorio.

Sarcoma dell'utero.

La cura si identifica con quella dei fibromi e dei cancri, secondo che si tratta di sarcomi del miometrio o della mucosa.

Il difficile è la diagnosi nel primo caso, in cui più facile può essere il pensiero del semplice mioma; nei casi anche dubbi – per la rapidità dell'accrescimento, per l'età in cui esso si presenta (giovanissima od avanzata), per lo stato generale – vuol dire che si darà senz'altro la preferenza alla cura chirurgica, in luogo di ricorrere alla radioterapia.

Molte volte si operano dei sarcomi senza saperlo e ce ne rende avvertiti solo il decorso successivo, col presentare delle inattese metastasi.

La radioterapia postoperatoria è utile sussidio dell'intervento, il quale deve essere completo il più possibile e precoce.

Cancro dell'utero.

Per il cancro del corpo si dà la preferenza all'isterectomia addominale o vaginale quando non esistano speciali controindicazioni nello stato generale (vecchiaia, cachessia, diabete, nefrite, obesità, ecc.). Il risultato a distanza è di solito buono; è bene asportare anche gli annessi, data la frequenza della metastasi ovarica.

In casi di rifiutato intervento o di controindicazioni operatorie, la radioterapia sarà sempre indicata; sopratutto nella forma di applicazioni di radium endouterine; usando, per esempio, 10 millg. di radium in filtro d'argento di 2 millimetri, lasciato in posto 36–48–72 ore a più riprese (3, 4 volte).

Per *il cancro del collo* i risultati molto meno brillanti, sia immediati che a distanza, dell'intervento operativo, hanno in molte scuole fatto prevalere l'uso esclusivo della radio–terapia, anche nei casi operabili. Le opinioni sono ancora piuttosto divise; la tendenza prevalente fra noi è però quella della operazione quando sia fattibile; nei casi iniziali è per lo più seguìta la via addominale con la isterectomia alla Wertheim (1); ma non mancano fautori anche in questi casi, della isterectomia vaginale (2) o perfino della semplice amputazione del

---

(1) La panisterectomia alla WERTHEIM è una isterectomia totale nella quale si asportano il più ampiamente possibile il legamento largo e la parte alta della vagina; essa richiede un isolamento esteso degli ureteri, è completata con lo svuotamento dei gangli linfatici della pelvi. Dopo la campagna di FAURE ha avuto nuovamente larga adozione lo zaffo alla MICKULITZ, per prevenire gli insuccessi settici postoperatori.

(2) Ecco le linee generali della *Isterectomia vaginale*. Afferrato il collo con robuste pinze uncinate e portatolo più in basso che è possibile, dando luce mediante applicazione anche di valve laterali e quando occorre premettendo la episiotomia estesa da un lato, si comincia dal disinserire la parete vaginale circolarmente; poi la si scolla in alto, tanto in avanti che in dietro, qui mettendo in evidenza lo sfondato peritoneale, lì la vescica. Questa va scollata in alto fino a che si mette in luce la plica peritoneale vescico–uterina, facilmente riconoscibile per la scorrevolezza dei due foglietti. Con qualche Dechamps si sono messi dei punti emostatici, dove bisognava, fissandoli alla parete vaginale. Si apre allora la piega peritoneale e si allarga la breccia per qualche centimetro; fissando poi con qualche punto la sierosa alla vagina. Una striscia di garza è introdotta nel cavo peritoneale per impedire l'affacciarsi di omento o di anse intestinali; con le dita o con l'aiuto di pinze uncinate, pro-

collo (1), per poter poi servirsi del residuo utero nel fare delle applicazioni postoperatorie di radium.

Abbastanza largo seguito ha trovato la radioterapia preoperatoria e postoperatoria.

La curieterapia preliminare concorre a rendere più asettico il campo operatorio e a ridurre le disseminazioni neoplastiche. In qualche caso, che pareva inoperabile, la radioterapia ha permesso, dopo qualche settimana, d'intervenire con successo.

Raggi X e applicazione di radium vaginali postoperatorie concorrono poi a diminuire o almeno a rendere meno immediate le recidive locali.

La dose di radium minima sufficiente è intorno ai tremila milligrammi ora; dopo due o tre mesi va ripetuta.

Per la curieterapia non solo occorre possedere dosi sufficienti di radium o mesotorio e apparecchi per la radioterapia profonda; ma si deve essere padroni della tecnica speciale, che d'altra parte è in continua evoluzione.

Nella clinica di Roma (2) si suole fare tre-quattro applicazioni della durata di 24 ore ciascuna distribuite in 15-20 giorni; dose: 50 mmg. R. E. per volta; possibilmente un focolaio intracervicale o intrauterino e focolai in vagina per i fochi incrociati. Filtrazione per il mesotorio di un mm. di ottone, per il radio di un mm. di oro platinato; inoltre tubo esterno di para per la radiazione secondaria. Nelle applicazioni in vagina inclusione del preparato in un sughero involto in un foglio di para.

È bene associare al radium la radioterapia profonda; con essa si possono meglio raggiungere le zone più lontane dal collo, i parametri fino alla parete del bacino. E questa associazione è utile anche nelle irradiazioni sia pre- che post-operatorie.

Per i cancri inoperabili unica risorsa la radioterapia, qualche volta insufficiente, ma talora tale da assicurare insperate guarigioni. È que-

---

gressivamente portate su parti più alte del corpo uterino, si porta questo in basso capovolgendolo in modo che il fondo resti all'esterno.

(Nei casi in cui l'utero è molto voluminoso e non riesce il *capitombolo* solito, si può facilitare la asportazione sezionandolo in due sulla linea mediana, longitudinalmente).

Sono così in vista gli angoli dell'utero con gli annessi; questi per lo più sono lasciati in sito; si applicano successivamente dall'alto in basso prima da un lato, poi dall'altro, dei punti, con aghi di Dechamps, in modo da legare la arteria utero–ovarica, la uterina e i loro rami nel legamento largo; restano per ultimi i legamenti utero–sacrali.

Staccato l'utero, si passa alla ricostruzione della vagina, affrontandone i margini e fissando a questi anche i peduncoli vascolari; per lo più si lascia nel mezzo un tratto discontinuo per applicarvi uno zaffo di garza, che si toglierà poi gradatamente a cominciare dal IV–V giorno. Se il campo era invece asettico si potrà anche chiudere del tutto.

(1) La amputazione deve essere spinta fino al tessuto macroscopicamente sano; è quindi sempre una *amputazione sopravaginale* e va eseguita con gli stessi accorgimenti del 1° tempo della isterectomia vaginale; talora riesce indaginosa, specialmente se c'è infiltrazione neoplastica o flogistica del parametrio; sempre richiede destrezza non inferiore a quella per la isterectomia, se si vuole farla bene. Questo diciamo per mettere in guardia il medico pratico che vi si volesse cimentare senza esperienza.

(2) V. Artom di S. Agnese in *La Clinica Ostetrica* N. 5, 1926, Artom di S. Agnese e Bolaffio in *Atti Soc. It. Ostetricia e Ginec.* 1925.

stione di tipo di cancro, di diffusione sua e anche di tecnica e intensità di irradiazione; i risultati migliori si ottengono con la associazione del radium e dei raggi X.

In casi speciali è stata anche eseguita l'allacciatura dell'iliaca interna per ridurre la rapidità di sviluppo del tumore e le emorragie, o anche come atto preparatorio all'applicazione di radium direttamente nel parametrio infiltrato.

È per così dire tradizionale il corroborare codeste cure con le iniezioni di preparati di rame e arsenico, la cui efficacia reale è però lungi dall'essere dimostrata.

Una cura palliativa nei casi di cancro inoperabile, oppure nelle recidive, sia dopo operazioni che dopo radioterapia, si deve rivolgere sopratutto contro il dolore, che nelle fasi finali è tormentoso; è anche bene agire sulle perdite vaginali in modo da ridurre al minimo il riassorbimento di materiale putrido; talora occorre anche combattere le emorragie.

Per i dolori l'arsenale farmaceutico è ricchissimo; non c'è si può dire che l'imbarazzo della scelta. Ma l'azione dei singoli rimedi essendo sempre transitoria, ne viene alla fine la necessità di un uso continuato di essi, sicchè molte volte a far precipitare la scena vediamo sovrapporsi alla cachessia cancerosa l'intossicazione da narcotici, sopratutto quando si sia data larga parte agli oppiacei. Per questo è bene, nei primi tempi, ricorrere a preparati quali il piramidone, l'aspirina o a sedativi come la bellafolina, l'allonal, il veramon, ecc., riservando l'uso della morfina e derivati, soltanto per le ultime fasi. Ad ogni modo è bene alternare i vari rimedi per evitare la assuefazione precoce, che porterebbe di necessità ad un aumento della dose, necessaria per avere l'effetto voluto.

È anche certo tuttavia, che a queste infelici, arrivate ormai alla fine della vita, non è il caso di lesinare poi troppo nel concedere gli analgesici; l'unico bene che ormai possiamo fare è proprio quello di rendere meno penosa l'esistenza. Così si può arrivare nelle fasi terminali a 8 o 10 centigrammi di morfina al giorno e due grammi di aspirina.

Ci sono casi, in cui, pur con lesioni apparentemente circoscritte, e con stato generale ancora discreto, la sintomatologia dolorosa domina la scena; saranno allora anche giustificati degli interventi operativi volti a togliere il dolore. Fra i tentativi più recenti a tale scopo ricordiamo la resezione del nervo presacrale; più alla portata è la edemizzazione del nervo sciatico, che si può fare con soluzione fisiologica, iniettandone qualche cmc. nel punto sciatico a livello della tuberosità ischiatica. In qualche caso di dolore tormentoso irradiato lungo l'arto per infiltrazione parametrale ne traemmo risultati soddisfacenti.

Per combattere le perdite fetide, a produrre le quali, oltre alle emorragie, al mutamento della reazione vaginale che permette il pullulare della sua flora batterica, concorrono i fatti di necrosi del tessuto neoplastico, si potrà ovviare moltiplicando le pratiche di pulizia sia dei genitali esterni che della vagina; le lavande vaginali saranno ripetute due volte al giorno. I liquidi più indicati sono il permanganato di potassa

all'1 o due per mille, la formalina al 5 per mille, le soluzioni di ipoclorito di sodio (che si possono anche bene preparare con l'euclorina, il clorosan, ecc.).

La emorragia nel cancro dell'utero richiede provvedimenti speciali, quando sia profusa, insistente. In certe forme ulcerative, anche dopo l'uso del radium, si sono avute delle emorragie gravissime, da usura di qualche tronco arterioso. In alcuni casi bisogna ricorrere al tamponamento vaginale stipato, che di solito domina la emorragia, quando non siano lesi grossi tronchi (in un caso recente, quattro giorni dopo la II applicazione di radium in un cancro cervicale diffuso alla *portio*, si ebbe la morte della donna in poche ore, per una infrenabile emorragia).

Come coadiuvante all'azione emostatica si può usare il percloruro di ferro, di cui si imbeve la prima parte della garza curando che non venga in contatto con i tessuti sani. Può essere utile anche la causticazione delle masse neoplastiche col Pacquelin al calore rosso. S'intende, si useranno anche gli altri mezzi ben noti; dal riposo a letto al ghiaccio sul ventre, dall'iniezione di zimema, coaguleno, siero di cavallo, ai clisteri di gelatina emostatica, dall'iniezione di ergotina, tenosina, gynergen, a quelle di adrenalina, pituitrina e così via.

Fu già in uso nei cancri inoperabili del collo, come cura palliativa lo *scucchiaiamento delle masse neoplastiche*. Lo si esegue con un cucchiaio tagliente, per lo più in narcosi, dopo aver messo allo scoperto il collo con delle valve.

Bisogna però avere l'avvertenza di sapersi fermare in tempo. Ci sono cancri ormai così infiltrati che, volendo tutto asportare col cucchiaio, si finirebbe per ledere ai lati i grossi vasi, in avanti ad interessare la vescica, indietro a penetrare nel Douglas.

Fatto cautamente e completato asportando con forbici i margini delle infiltrazioni, completato con la causticazione della parete mediante il Pacquelin, può rendere dei vantaggi notevoli alla malata, per quanto solo temporanei: riduzione delle perdite fetide, riduzione delle emorragie con consecutivo miglioramento dello stato generale.

Ancora oggi può capitare che sia codesta l'unica cura palliativa possibile, ma può essere anche un complemento alla applicazione del radium, poichè questo potrebbe poi venire applicato nell'interno di quella specie di caverna anfrattuosa, che si forma al posto del collo dopo lo scucchiaiamento neoplastico.

Tumori dell'ovaio.

La cura è in genere operativa. Possono fare eccezione alcune piccole cisti da ritenzione, luteiniche o follicolari, che hanno tendenza a regredire spontaneamente, quando siano di piccole dimensioni. A questa categoria appartengono anche le cisti ovariche multiple, che accompagnano o seguono la mola vescicolare.

L'indicazione generica ad intervenire sempre nei tumori ovarici è relativa alla difficoltà di conoscerne con certezza la natura, alla possibilità che anche tumori originariamente benigni possano essere punto

di partenza di neoplasie maligne, ma sopratutto alla frequenza con la quale sopravvengono delle complicazioni. (*v.* pag. 238).

Assoluto poi il precetto dell'intervento nel corso di una gravidanza. Soltanto se questa fosse già arrivata al VII mese, quando il tumore è riconosciuto, si potrebbe attendere, sotto vigilanza, una maggiore vitalità del feto, poichè a quest'epoca è più facile che all'intervento operativo segua il parto. Questo problema è del resto discusso nei trattati di ostetricia; ci limitiamo qui, dopo tale cenno, a riaffermare il principio in genere, soggiungendo che *sarebbe poi un non senso ginecologico quello di provocare l'aborto.*

In alcuni casi (tumori senza aderenze, cistici, a una o poche grosse concamerazioni) l'intervento operativo è dei più semplici e può essere condotto anche senza alcuna narcosi generale, bastando la anestesia locale per infiltrazione, quando la donna sia tranquilla, oppure quando si pensi che la narcosi possa essere pericolosa per condizioni generali, per il volume del tumore, per la cachessia, per l'età, ecc. Allora, aperta la cavità peritoneale con una incisione di pochi centimetri, sulla linea mediana sopra il pube; messa allo scoperto la parete del tumore (caratteristica nel suo aspetto biancastro, quasi madreperlaceo); circoscritto il campo operatorio con delle garze; si infigge nel tumore un trequarti e si dà esito al liquido, talora limpido, talora colloide. Afflosciata così la parete del tumore, è possibile, anche senza completare lo svuotamento, farlo sgusciare attraverso la piccola breccia; (l'orificio del trequarti viene chiuso con un paio di Kocker incrociate); per la trazione del tumore all'esterno servono ottimamente le pinze ovariche che si portano progressivamente più in alto. Estrinsecata all'esterno la massa del tumore, viene così messo in evidenza il peduncolo di esso, che è presto fatto di recidere fra due Kocker, che verranno poi sostituite da due lacci. È bene sempre ispezionare anche l'ovaio del lato opposto, data la frequente bilateralità dei tumori ovarici.

Ma non sempre l'intervento è così idealmente semplice; si possono avere aderenze col peritoneo parietale (1) o coi visceri; può trattarsi di uno sviluppo infralegamentoso, sicchè il tumore si affonda contro il pavimento pelvico e vi si viene a conflitto con i grossi vasi e con l'uretere. Bisogna quindi essere sempre pronti a tutte le evenienze ed anche a tutte le audacie operatorie, perchè non va dimenticato il coefficente agli errori diagnostici largamente dato dai tumori addominali in genere.

Non sempre ad ogni modo è prudente ridurre il volume del tumore; eviteremo, possibilmente, di farlo quando ne supponiamo la malignità e vogliamo evitare la disseminazione di elementi neoplastici, oppure quando ci sia il sospetto di una suppurazione o di una necrosi settica.

Il criterio della operabilità dei tumori ovarici è dato, più che dallo stato generale, dai rapporti che esso ha assunto e dalla estensione delle

---

(1) Molte volte è perfino difficile aprire il peritoneo e bisogna sapersi portare più in alto o più in basso per poter trovare un punto adatto ad iniziare lo scollamento del tumore.

metastasi. Riproduzioni voluminose fisse nel Douglas in casi di tumori con versamento libero, fenomeni di invasione della parete intestinale, fatti di pleurite metastatica, possono sconsigliare senz'altro ogni tentativo, tenuto conto che la stessa laparotomia esplorativa non è senza pericolo. È certo tuttavia che ci sono casi che sembrerebbero già disperati, nei quali l'intervento può riuscire salvatore. D'altra parte, non solo è noto che in certi tumori ovarici la asportazione della massa principale del tumore è seguìta dalla regressione dei nodi metastatici addominali; ma possiamo oggi fare un certo assegnamento sulla radioterapia post-operatoria. Ad ogni modo solo una lunga esperienza clinica e un sano discernimento faranno più sicuri nel giudizio sulla opportunità dell'intervento e sulla tecnica di esso.

Gravidanza extrauterina.

La cura in linea generale è operativa, sia quando si faccia diagnosi di gravidanza in atto, sia nella crisi dell'emoperitoneo, che nell'ematocele, o nel postumo più raro del litopedio.

Nella gravidanza in atto, che sia arrivata oltre al V mese, qualche A. consiglia di attendere fino a che sia raggiunta la vitalità del feto; ma, per quanto sia vero che spesso la gravidanza, varcato tale limite senza crisi gravi, ha probabilità di procedere oltre, bisogna anche considerare che la vita del feto è sempre aleatoria, che non sempre sono feti bene conformati, che il pericolo a cui si espone la madre è maggiore anche dal punto di vista dell'intervento operativo; bisognerà quindi tener conto delle condizioni speciali di quel dato caso e seguire tale linea di condotta solo eccezionalmente, quando la possibilità di un figlio vivo sia una aspirazione tale da affrontare anche il maggiore rischio; ad ogni modo *sempre*, nella attesa, dopo fatta la diagnosi, si dovrà tenere la donna ricoverata in una clinica attrezzata per intervenire in qualunque momento; non si dovrà nemmeno poi attendere l'insorgenza del travaglio di parto; meglio anticipare, per prevenire crisi pericolose.

Giustificato indugio ad intervenire riconosciamo nella gravidanza a termine, quando ormai si sia avuto un falso travaglio, senza danno per la madre; allora l'attendere uno, due mesi può essere vantaggioso perchè nel frattempo diminuirà la ricchezza della vascolarizzazione della placenta e con ciò saranno minori i pericoli del suo distacco.

È questo sempre il punto più delicato della operazione di gravidanza extrauterina nei mesi avanzati: specialmente in certe forme di gravidanza addominale secondaria o primitiva, avviene che la inserzione della placenta può farsi in parte anche fuori dell'ambito genitale (si sono viste infiltrazioni coriali non solo sull'omento e sull'intestino, ma anche sul fegato). Alcune volte è necessario soprassedere alla asportazione degli annessi ovulari e si dovrà zaffare, attendendo la successiva eliminazione spontanea della placenta.

Nella maggior parte dei casi però una tecnica corretta e una buona orientazione operatoria permetteranno la asportazione completa e assicureranno la emostasi con la allacciatura della arteria utero ovarica.

Nelle contingenze cliniche più abituali si tratta di gravidanza nei primi mesi e qui solo in pochi casi riteniamo non necessario di intervenire; e precisamente quando la evoluzione della gravidanza extrauterina sembri decisamente spenta; non si siano formate raccolte ematoceliche di rilievo o, in caso di ematocele riconoscibile, esso dimostri netta tendenza a regredire, mentre la mancanza di ulteriori crisi dolo-

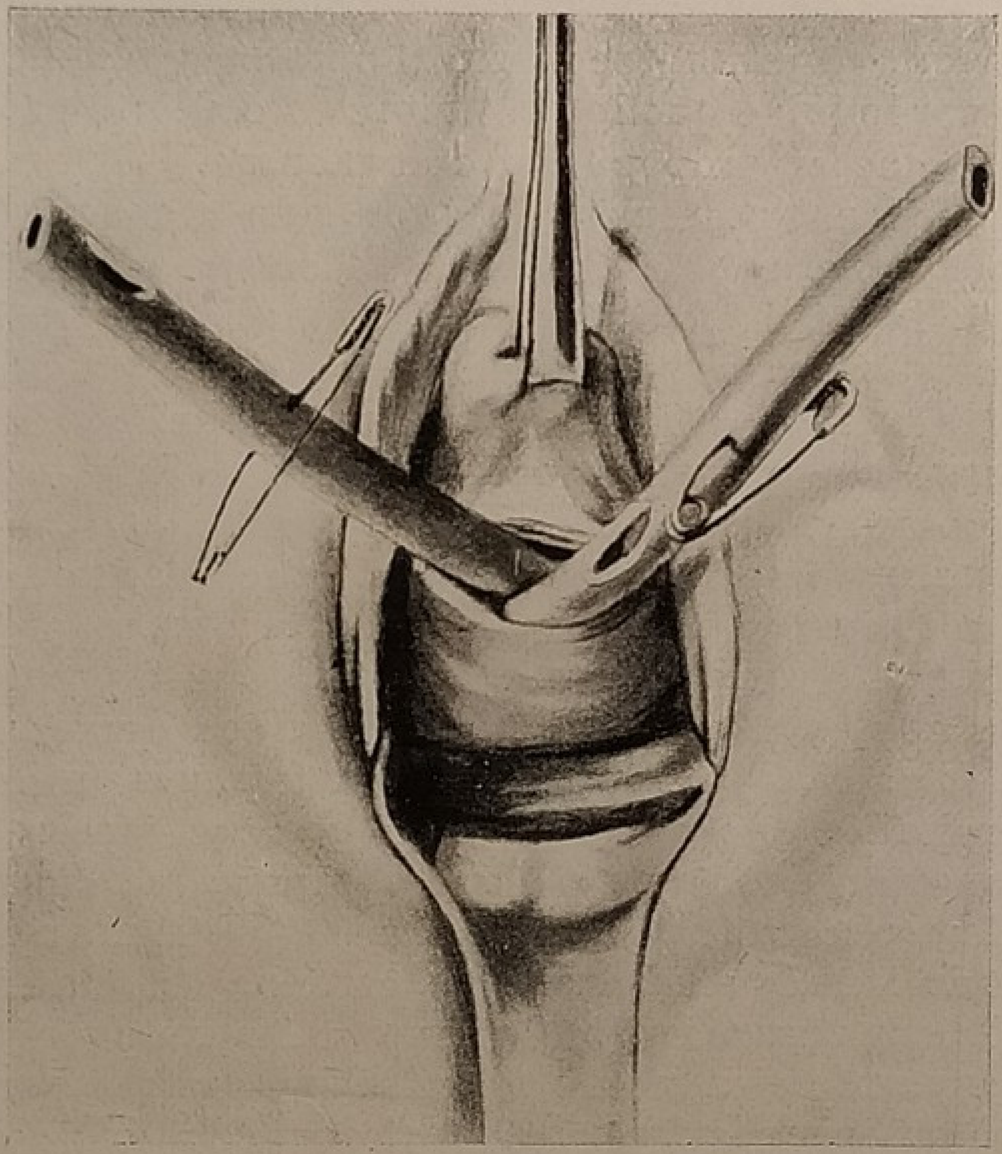


FIG. 243. – Drenaggio di gomma, duplice, dopo una colpotomia posteriore (il collo dell'utero è stirato in alto; ai tubi di gomma, forati ai lati, sono applicate delle spille per limitare lo scivolamento in dentro) (da BUMM, *Gyn. Oper.*).

rose ci assicura che non solo è spenta la vita dell'uovo, ma sono finiti i processi pericolosi del suo distacco. In questi casi può bastare la sorveglianza per qualche tempo, mantenendo a letto la donna, almeno fino al riprendere della normale mestruazione, giacchè altro segno della morte sicura dell'uovo è appunto il cessare degli stillicidi sanguigni insistenti, che caratterizzano l'aborto tubarico e il ritorno del regolare periodo mestruale.

Ma quando l'ematocele sia voluminoso e i dolori continuino, con gli altri sintomi, miglior partito è quello di operare senz'altro.

Di solito si segue la via laparotomica. Essa permette meglio di dominare le aderenze, di togliere le eventuali cause (tumori, postumi di flogosi, ecc.), di asportare l'annesso sede della gravidanza, mentre di solito per la via vaginale ci si limita alla evacuazione dell'ematocele, rendendosi difficile la annessiectomia, a meno di non possedere uno speciale virtuosismo operatorio vaginale.

La via vaginale la seguiamo solo se ci sono segni di infezione o di putrefazione dell'ematocele o quando ci sono i segni dell'esaurimento del processo, mentre il volume della raccolta è tale, da non credere convenga rimettersi al suo riassorbimento spontaneo, che richiederebbe molti mesi di letto e lascerebbe dei postumi più gravi, senza dire che potrebbe poi in secondo tempo sopravvenire una putrefazione.

Per eseguire la *colpotomia* i preparativi sono uguali a quelli della puntura esplorativa vaginale, che di solito è tempo preliminare.

Bisogna mettere bene allo scoperto il fornice vaginale, dove vogliamo fare la incisione; per lo più è quello posteriore ed è allora teso, sporgente, per la massa appunto che ci proponiamo di evacuare.

Sulla linea mediana, posteriormente, quando la massa faccia sporgenza netta, non c'è alcun pericolo, nè alcuna difficoltà: accertatici con la puntura esplorativa della esistenza della raccolta ematica, si pratica una incisione breve trasversale della parete vaginale, che poi, occorrendo, si divarica per via smussa, introducendovi un Klemmer e divaricandolo; assicurato il deflusso della massa soprastante, talora si può portare un dito in profondità per completare lo svuotamento; qualche volta si è fortunati e ci si imbatte nell'uovo, trasformato per lo più in una massa ematica, e allora siamo sicuri che tutto è presto finito, con un decorso postoperatorio rapido. Quando la fenomenologia dati da molto tempo e si possa pensare che la parete dell'ematocele è solida, si può anche aggiungere cautamente qualche lavanda endocavitaria, con soluzione fisiologica o blandamente disinfettante, utile per smuovere qualche grumo residuo; talora, identificato qualche grosso grumo entro la cavità, si può asportarlo con una pinza fenestrata; ma chi non abbia larga esperienza non deve cimentarsi a tanto; si accontenti di avere aperto la raccolta e si limiti a drenare la cavità residua, con una striscia di garza. Si ricordi poi che non è bene azzardarsi all'intervento, senza avere la possibilità di passare alla via laparotomica, se ne venga la indicazione per una emorragia nuova, quale può determinarsi per ulteriori distacchi dell'uovo.

Inoltre è necessaria una accurata sorveglianza del decorso successivo, sicchè, anche volendo ricorrere alla via vaginale della semplice colpotomia, è consigliabile il ricovero in una clinica od ospedale.

Per via laparotomica interveniamo sempre nelle crisi da innondazione peritoneale.

Se la crisi insorge a domicilio e non sia possibile un rapido trasporto in una clinica, si potrà intanto mettere una vescica di ghiaccio sul ventre, calmare il dolore con della morfina, vincere lo shok con qualche iniezione di canfora e con una rettoclisi di acqua zuccherata.

Orientatisi nella diagnosi dalla anamnesi e dall'aspetto della anemia acuta, è bene soprassedere anche all'esame genitale; si rischia di far del male, senza utilità; di solito non si sente nulla; evitare i purganti ed i clisteri voluminosi (si provocherebbero forse dei distacchi di provvidenziali aderenze); dannose anche tutte le applicazioni calde, che purtroppo è uso di fare ad ogni dolore che insorga nell'addome, senza tanto discriminare sulla diagnosi (talora da parte dei profani, talora anche da parte di levatrici o di medici, dimentichi dell'emoperitoneo); anche bisogna astenersi dal somministrare sostanze a scopo emostatico, (come talora viene fatto per arrestare un innocente stillicidio esterno di sangue, e si provoca invece una maggiore emorragia interna per le contrazioni che si determinano nella tromba).

Vanno pure evitate le eccessive iniezioni eccitanti e le ipodermoclisi; un transitorio deliquio talora è vantaggioso, perchè la diminuita pressione del sangue può concorrere ad arrestare, almeno momentaneamente, la emorragia; la pressione arteriosa va sollevata quando sia cessata la fonte emorragica; quindi vi si ricorrerà solo nel corso stesso della operazione, magari sotto forma di fleboclisi; o anche di trasfusione.

Ma l'essenziale è di riconoscere la gravità del caso e disporre per il trasporto in ambiente adatto. Solo eccezionalmente, di fronte allo spegnersi della vita, si potrà operare nello stesso ambiente domestico, facendo tutti i preparativi per mettersi al sicuro dalle infezioni.

La *annessiectomia semplice* richiede pochi minuti, se non esistono delle complicazioni flogistiche. Aperto il ventre, isolate con garza le anse intestinali, riconosciuto l'annesso, che è sede della gravidanza, basta sollevarlo con due dita, mentre chi assiste mantiene divaricata la parete addominale dal lato corrispondente, e si applicano due Kocker, fra loro convergenti, una all'angolo dell'utero, l'altra al legamento infundibolo-pelvico; le punte delle due pinze messe obliquamente vengono a toccarsi, si recide allora al di sopra la tromba con o senza l'ovaio corrispondente e si sostituiscono le pinze con dei lacci in seta o in catgut; è bene metterne un terzo nella parte mediana; anzi questo di solito è applicato per primo, per afferrare il tratto di legamento largo interposto. Questa semplicità e tipicità di intervento si ha solo nelle crisi recenti, quando non preesistevano lesioni annessiali; spesso ci troviamo invece di fronte a vere difficoltà nei casi di vecchio ematocele, quando si sono istituite aderenze tenaci antiche con l'omento e le anse intestinali; peggio poi quando esistevano postumi di lesioni annessiali o peritoneali; la operazione può allora diventare difficile, già per l'orientamento generale, oltre che per l'isolamento e la asportazione dell'annesso.

Circa alle modalità da tenere nell'intervento operativo non si possono stabilire norme precise. Bisogna regolarsi secondo il reperto laparotomico; talora accade di dover asportare anche l'utero se lo troviamo p. es. sede di tumore e se le condizioni della malata permettono di prolungare l'intervento, in modo che sia completo e così per le lesioni dell'altro annesso; se no ci si limiterà al pronto soccorso, quello di arrestare la emorragia, rimandando in secondo tempo la cura ulteriore.

In generale si suole asportare con la tromba anche l'ovaio, tranne i casi in cui si interviene in donna già sottoposta in precedenza ad annessiectomia, perchè allora è meglio lasciare almeno un ovaio.

Se uno ce ne resti, conviene asportare quello corrispondente alla sede della gravidanza, perchè lasciandolo, potremmo creare una condizione favorevole alla migrazione esterna dell'uovo, provocando cioè noi l'insorgere di una nuova gravidanza extrauterina.

L'estremo del conservatorismo può essere rappresentato dalla semplice asportazione dell'uovo; la conservazione della stessa tromba, che ebbe fra noi fautore Mangiagalli, è possibile senza pericolo solo in casi rari, in cui la liberazione dell'uovo non dia luogo ad emorragie; talora avviene di trovarlo già staccato entro ai grumi dell'ematocele, ovvero esso sta per uscire dal padiglione disteso; se si deve invece incidere la tromba, meno consigliabile è di conservarla. Ad ogni modo anche in questa condotta ci si deve regolare secondo i casi, pure in rapporto con lo stato delle donne e la esistenza o meno dell'altro annesso.

Per quanto riguarda i casi di emoperitoneo aggiungiamo che, mentre è necessario asportare il più diligentemente possibile i grumi, non è invece necessario togliere tutto il sangue fluido; esso potrà anche venire riassorbito spontaneamente, servendo come autotrasfusione. Era stata indicata ed eseguita la vera trasfusione, utilizzando il sangue raccolto dall'addome, ma alcuni casi di incidenti successivi hanno fatto perdere seguito a tale pratica.

Non è in generale necessario ricorrere a zaffamenti dell'addome; essi saranno consigliati solo dopo difficili distacchi, quando restino superfici estese sanguinanti.

Mola vescicolare.

Tenuto conto dei pericoli legati alle forme rigogliose di mola (emorragia grave, infezione, corioepitelioma) in certi casi può convenire ricorrere addirittura alla isterectomia (emorragia violenta, donna anziana, esistenza precoce di metastasi). Per la terapia ostetrica vedansi i trattati di ostetricia.

Subinvoluzione uterina.

Giovano i preparati a base di segale, le irrigazioni vaginali calde prolungate, il riposo; ma se ci siano dubbi sulla ritenzione di frammenti ovulari, si ricorrerà al raschiamento endouterino.

Iperinvoluzione uterina.

Anzitutto si deve sospendere l'allattamento; possono essere utili le cure generali ricostituenti, la buona alimentazione e i preparati a base di ovaio.

Polipo placentare.

Svuotamento digitale o strumentale secondo la pervietà del collo.

Corioepitelioma.

La cura deve essere immediatamente chirurgica; conviene tentare la isterectomia anche se già ci siano delle metastasi estese vaginali.

Complicazioni neoplastiche e flogistiche della gravidanza.

Per la associazione con tumori, vedansi i singoli capitoli.

Nelle vulvo–vaginiti e cerviciti non solo potrà, ma *dovrà* essere fatta la cura solita (pag. 333); è del massimo interesse che la donna arrivi al parto guarita, per evitare complicazioni settiche puerperali; utilissimo nelle forme gonococciche l'uso del vaccino al termine della gravidanza per prevenire il risalire in alto della infezione anche a puerperio inoltrato. Tra le norme speciali da seguire, ricordare le cautele maggiori

necessarie nel fare le lavande vaginali; devono venire eseguite in posizione orizzontale, non dalla stessa malata, con enteroclisma basso, con cannula a fori laterali per evitare la possibile immissione diretta del liquido nel collo, spesso beante, se si tratta di pluripara.

Nelle annessiti comportarsi secondo la sintomatologia; talora conviene intervenire operativamente asportando l'annesso malato o addirittura l'apparato genitale; l'intervento sarà imposto se ci sia stata rottura di un piosalpinge, con peritonite diffusa. Comunque regola generale per il pratico deve essere di considerare come seri tali casi e di ospedalizzarli in tempo.

Cistiti, uretriti, disuria.

Fondamentali la dieta, il riposo (al letto nelle forme febbrili), le bevande diuretiche (fra le più antiche l'«acqua di gramigna» e il decotto di linseme) od alcaline; fra i disinfettanti più in uso: l'elmitolo, la urotropina, il bleu di metile. Nelle forme con tenesmo doloroso giovano: le applicazioni calde, il bromuro di canfora (una-due carte al giorno, da 50 centgr.), le istillazioni di gomenolo.

Nelle forme in cui c'è sangue, ottimamemnte rispondono le lavande vescicali con nitrato di argento (uno per mille).

Ritenzione dell'urina.

Quando ci sono ostacoli meccanici, dopo il primo soccorso del cateterismo vescicale, ricerca ed eliminazione della causa (riduzione dell'utero retroverso, miomectomia, ecc.).

Quando manchino fattori meccanici, ottima la iniezione endovenosa di urotropina o di preparati equivalenti (cilotropina, uroformina, ecc.); per lo più alla dose di 2 gr. per volta (sol. 40 %, 5 cmc.).

Quando predominano i fatti di paresi si può usare la pituitrina. È stata anche consigliata la istillazione in vescica di glicerina borica (al 10 %, circa 15-20 cmc. nella vescica piena); dopo un quarto d'ora si avrebbe la minzione. Preferibile però è l'uso della iniezione endovenosa, anche perchè si raggiunge lo scopo della contemporanea disinfezione urinaria.

In caso di insuccesso dell'una o dell'altra modalità, il cateterismo; profilatticamente, in casi di necessaria ripetizione, è bene dare dei disinfettanti urinari.

Nella incontinenza dove l'elemento fondamentale sia lo scarso sostegno del piano perineale la cura è chirurgica (v. cura del prolasso).

Fistole vescico-vaginali.

Solo piccole fistole possono guarire spontaneamente, mantenendo qualche tempo il catetere vescicale a permanenza, e aggiungendo qualche causticazione locale. Ma è un evento raro, su cui non c'è da fare assegnamento.

La cura è operativa.

Nelle operazioni di fistola vescico-vaginale le difficoltà sono date, non tanto dalla estensione della fistola quanto dalla sua sede e sopratutto dallo stato dei tessuti finitimi.

La rigidità, che consegue alla caduta di escare e a processi infettivi locali, porta difficoltà notevoli, per mettere bene in vista la fistola, per mobilizzare poi i margini vaginali. A volte in questi casi di stenosi cicatriziali, conviene abbandonare la via vaginale e battere quella sovrapubica, transvescicale. A questa si deve anche ricorrere nei casi, in cui la fistola interessi da vicino lo sbocco ureterico, perchè può essere più facile, dall'alto, sotto la guida diretta della vista, evitare di comprendere l'uretere nella sutura.

Quando si possa accedere per la via vaginale, l'intervento di elezione è quello di scollare la parete vescicale dalla vaginale, in modo da poter fare poi due piani di sutura distinti (per la parete vescicale è bene usare il catgut e a preferenza quello cromico, che ha più tardo il riassorbimento. Per la sutura vaginale si può usare la seta, il crine di Firenze, il bronzo alluminato).

Fondamentale è la cura preparatoria: occorre avere la vagina in buone condizioni e perciò far precedere un periodo sufficiente di lavande vaginali; e inoltre mettere l'urina in condizioni di asepsi, con l'uso di elmitolo, urotropina, bevande diuretiche.

Nel corso dell'intervento: dopo chiusa la vescica, prima di procedere alla sutura della vagina, è utile fare la prova della tenuta della vescica, iniettandovi 3–400 grammi di soluzione fisiologica o disinfettante (boro-salicilica).

Per facilitare l'intervento operativo sono in uso degli strumenti speciali bene taglienti, a vario angolo di curvatura, ed anche degli uncini per mantenere stirati i margini della fistola. Qualche volta per metterla bene in luce occorre sollevare molto il bacino, mettendo la malata quasi in posizione di Trendelemburg, o anche nella posizione genu-pettorale.

Dopo la operazione si suole dai più applicare un catetere a permanenza, ovvero fare il cateterismo ogni 3–4 ore. Anche fu suggerito il decubito ventrale o laterale.

Ricordarsi in ogni modo che il medico pratico potrà tutto al più cimentarsi nella sutura di qualche fistola bassa, piccola, bene accessibile.

Le *fistole vescico-cervicali* sono più spesso traumatiche, sia per l'azione diretta di strumenti taglienti, sia come conseguenza di lacerazione del segmento inferiore anteriore che abbia interessato la vescica contigua. Per la ricostituzione occorre mettere bene in luce i margini del collo, disinserirlo dal fornice vaginale, come nel primo tempo dell'isterectomia vaginale, raggiungere la vescica e scollarla; a questo punto si può riparare la soluzione di continuo di essa provvedendo anche alla lacerazione del collo.

Difficili da ricostruire sono le fistole vagino-uretrali, specialmente quando manchi gran parte della parete posteriore dell'uretra; bisogna allora ricorrere a plastiche indaginose, servendosi, per esempio, della faccia interna delle piccole labbra.

Speciali operazioni sono richieste quando, essendoci una lacerazione estesa dello sfintere vescicale, si abbia l'incontinenza; il problema è stato risoluto da Stoeckel servendosi del sostegno dei muscoli piramidali.

Non mancano gli insuccessi operatori, così da dover rinnovare l'operazione più volte. In qualche caso di persistente insuccesso si è dovuto ricorrere alla obliterazione o del collo uterino o della vagina; allora, essendo obbligato anche il sangue mestruale a seguire la via della vescica, sarà conveniente aggiungere la castrazione. Ma sono operazioni che vanno perdendo terreno con il miglioramento della tecnica. Sopratutto vanno poi diminuendo i casi di fistole ostetriche, col migliorare della assistenza e della cultura anche della popolazione.

Le *fistole uretero–vaginali* poche volte richiederanno un intervento diretto, sopratutto dopo la dimostrazione data negli ultimi anni che i processi inevitabili ascendenti di pionefrosi subentrano ben presto determinando l'annullamento funzionale del rene; anche i casi operati e creduti guariti si sono dimostrati, con l'esame cistoscopico, casi di cessata funzione del rene corrispondente. Questo spiega anche i casi di guarigione spontanea di codeste fistole.

APPENDICE

Alcuni dei più comuni o più pericolosi errori ginecologici del medico pratico.

Come ogni medico, anche il ginecologo può sbagliare. Se non sbaglia più spesso, certo più di sovente è per così dire colto in fallo, gli eventi ulteriori o gli atti operativi venendo a controllare la diagnosi più che nel campo medico in genere.

Possono errare anche dei provetti specialisti; niente di strano che degli errori siano commessi pure dal medico pratico, che debba o voglia fare della ginecologia; però allora lo sbaglio vero, più grosso, *ed evitabile*, è quello di non considerare dove finisce la propria competenza e di non riconoscere in tempo... che c'è chi ha meglio affinata la sua educazione ginecologica, sia diagnostica che terapeutica.

Sarebbe un fuor d'opera riandare ora le varie possibilità di errori ginecologici, tanto più che a molti si è già accennato nei singoli capitoli (1); crediamo però utile ugualmente riassumerne qui alcuni di quelli, che più spesso vediamo commettere dal medico pratico *e che si possono evitare facilmente.*

Più che un abbozzo di un capitolo degli errori ginecologici elementari, questo vuole essere un *elenco di quello che il medico pratico non deve fare nel campo ginecologico*, se vuole essere utile, invece che dannoso, alla sua clientela.

Quello che il medico pratico non deve fare:

Maravigliarsi di un errore diagnostico altrui, senza ricordare che tutti possiamo sbagliare; l'importante è di non fare sbagli dannosi e se mai da quelli degli altri trarre norma per non ricaderci da parte nostra.

---

(1) V. p. es. a pag. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, errori in tema di deontologia; a pag. 27, 64, 110, 230, 260 errori in tema di grav. extrauterina; a pag. 105, 109, 116, 144, 230, 233, 242, 243, 244, 271 errori nel campo dei tumori; a pag. 69, 70, errori nella indicazione e nella tecnica del raschiamento; a pag. 59, 60 nell'uso della sonda; a pag. 82 sugli equivoci fra amenorrea e criptorrea; a pag. 87, 88 sulla origine uterina, vaginale, vescicale di una emorragia dai genitali; a pag. 24, 91 sulla interpretazione della amenorrea o delle perdite irregolari di sangue; a pag. 28 sugli equivoci derivati dal non tener in conto le cure pregresse, e così pure a pag. 19, 39, 40, 49, 64, 73, 82, 83, 99, 102, 107, 112, 121, 143, 144, 153, 195, 197, ecc.

Dir male di un collega, solo perchè la nostra diagnosi non collima con la sua, magari fatta da molto tempo prima (pag. 11); screditarlo di fronte ai famigliari, non pensando che poi altri screditerà noi; non pensare, potendolo, ad una interpretazione ottimistica della eventuale divergenza, talora solo di nome.

Di fronte ad una diagnosi dubbia, attendere che essa si chiarisca col tempo o con il risultato delle cure, mentre potrebbe essere accertata prima con vantaggio della malata (cancro, gravidanza extra-uterina, tumore ovarico, ecc.), riconoscendo i limiti della propria competenza e ricordando che c'è chi ne sa di più (pag. 8).

Sovrapporsi o contrapporsi al parere di un ginecologo competente sull'indirizzo terapeutico da seguire in un determinato caso.

Non fare opportuna opera di persuasione su una malata, alla quale un ginecologo abbia dato il consiglio di operarsi; tergiversare, suggerire cure palliative e così far perdere del tempo prezioso (1).

Prescrivere cure mediche ginecologiche, senza avere prima fatto un esame obiettivo e senza avere posta almeno una diagnosi di orientamento.

Dimenticare di assicurarsi che la vescica sia vuota, prima di procedere all'esame ginecologico.

Circoscrivere il proprio esame all'apparato genitale, senza inserire il fatto morboso nel quadro complesso dell'intero organismo.

Trascurare la indagine sulle condizioni dei vari apparati organici e misconoscere la causa generale di una lesione locale (prurito, menorragia, ipoplasia, sterilità, leucorrea, ecc.).

---

(1) Casi del genere sono quasi di ogni giorno: eccone due recentissimi. Una donna sulla quarantina, che aveva partorito da due mesi, viene alle consultazioni per dolori al basso ventre; si trova un tumore fibroso che si resta incerti, dato lo spessore notevole del ventre e i rapporti, se derivi dall'utero o dall'ovaio e si dice alla donna di farsi rivedere dopo qualche settimana; ma invece essa, rassicurata dal medico locale (e purtroppo anche dalla levatrice, come qui usa), aspetta parecchi mesi fino a che assiste ad un aumento progressivo rapido del ventre; quando ritorna ha una ascite cospicua e all'operazione si trova un tumore solido sarcomatoso dell'ovaio sinistro, libero da aderenze, ma già tutto l'omento è infiltrato dalla neoplasia in modo tale che non si può resecarlo interamente, ossia la prognosi ora è cattiva mentre la operazione tempestiva forse salvava questa donna.

Eccone un altro. Una giovane sposa da due anni nota da più mesi aumento di volume del ventre; la levatrice ed il medico pensano ad una gravidanza, pur senza che ci siano mai stati periodi di amenorrea; viene alla visita e si trovano grossi nodi fibrosi multipli, ma così situati da far pensare possibile una miomectomia; il consiglio non è accettato perchè prevale il sospetto che ci sia la gravidanza. Attesa di più mesi. Intanto insorge davvero la gravidanza, con la amenorrea; ma l'addome aumenta rapidissimamente; la donna finalmente torna da noi e troviamo che il tumore principale arriva alla appendice xifoide; esso è cresciuto molto; si interviene e si esegue una miomectomia, che riesce ora molto più sanguinosa che se non ci fosse stata la gravidanza; inoltre nella speranza di evitare l'aborto non si moltiplicano le miomectomie e si lasciarono degli altri nodettini fibrosi, che forse potranno crescere in seguito. Il fibroma di oltre due kg., presentava delle enormi dilatazioni di spazi venosi sottoperitoneali, alcuni così sottili da far pensare che l'intervento sottraesse in tempo la donna alla possibilità d'una emorragia interna da rottura di essi.

Dimenticare la importanza e la frequenza della tubercolosi infantile nella patologia uterina (nelle ipoplasie, nella dismenorrea, nella sterilità, nella amenorrea e oligomenorrea, ecc.).

Non ponderare il rapporto d'interdipendenza fra la sintomatologia ed il reperto ginecologico, confondendo una eventuale anomalia trovata accidentalmente (erosione, retroflessione, lacerazione perineale p. es.) con la causa del deperimento organico (dovuto invece p. es. a tubercolosi), o del dolore sacrolombare (p. es. da calcolosi, da pielite, da reumatismo, ecc.).

Turbare la pace di una famiglia precipitando diagnosi di blenorragia o altra malattia senza esserne sicuri, oppure, anche in caso di reale esistenza di essa, non usare le precauzioni necessarie per evitare discordie coniugali (si può curare lo stesso il male, *v.* pag. 5).

Fare degli interventi senza netta indicazione, solo per il miraggio del lucro.

Accingersi ad interventi operativi senza la preparazione tecnica, personale e dell'ambiente (bisogna avere almeno visto fare... e si rammenti che spesso, vedendo operare un abile ginecologo, si ha l'impressione che quel dato intervento sia semplicissimo... salvo poi a provare che anche esso richiede destrezza e competenza, quando, eseguendolo, si trovano difficoltà, aderenze, complicazioni) (1).

Consigliare l'uso dei pessari occlusivi endouterini antifecondativi.

Precipitare un giudizio sulla avvenuta deflorazione o volerne precisare la data quando il fatto non è più recente.

Fare con leggerezza una prognosi di sterilità permanente (si può sempre essere smentiti anche in donne con utero ipoplasico, retroflesso, con postumi di annessiti, tumori, ecc., *v.* pag. 12).

Dimenticare che ogni donna in età feconda è in potenza di gravidanza; che non sempre la anamnesi al riguardo è sincera o esatta; che non basta nemmeno l'uso di pessari antifecondativi; che la amenorrea può essere mascherata dal precoce comparire di perdite emorragiche per una iniziale evoluzione abnorme dell'uovo fecondato.

---

(1) Un ricordo personale: le prime volte che io vidi il prof. Pestalozza eseguire la plastica perineale col suo metodo, essa mi parve la più semplice e rapida delle operazioni; un netto colpo di bisturi; un rapido scollamento, e poi due ditate mettevano in luce in profondità il piano muscolare; pochi punti raffrontavano perfettamente tutto; ma quando mi accinsi la prima volta con una certa baldanzosità ad eseguirla mi parve allora complesso anche quello che mi era sembrato elementare: invece di cinque minuti, mezz'ora e con un traumatismo ben maggiore dei tessuti; invece di pochi punti, una infinità.

Bisogna vedere molto e molto fare... per fare bene e presto... (*V.* pag. 288).

Ostinarsi a credere che ci sia una vera gravidanza in atto con la persistenza di una *vera regolare* mestruazione.

Scordare la frequenza della gravidanza extra-uterina; credere necessaria una netta amenorrea, dimenticando che talora basta un ritardo anche brevissimo, e che pure questo può essere mascherato dall'iniziarsi precoce di emorragie; non dare peso al quadro dell'anemia acuta concomitante alla crisi dolorosa; confondere la decidua con un aborto uterino completo.

In casi anche solo sospetti di gravidanza extra-uterina: somministrare purganti, dare emostatici, fare esami vaginali ripetuti, non cauti, consigliare applicazioni calde sul ventre; fare un raschiamento per far cessare le perdite insistenti, sondare l'utero, ecc.; dimenticare la opportunità di una tempestiva ospedalizzazione di tali casi.

Forzare la mestruazione con emmenagoghi, quando la causa sia p. es. una tubercolosi o uno stato di deperimento grave organico, (pagina 84), in cui invece si devono curare le condizioni generali; oppure, quando non si tratta di amenorrea, ma di ritenzione di sangue mestruale per atresia (pag. 82).

In tema di sterilità, dimenticare di esaminare anche il marito, sopratutto quando manca una evidente causa femminile; dare eccessiva importanza al fattore di una stenosi relativa del collo o di una flessione esagerata dell'utero, quando esistono postumi di una lesione degli annessi; voler risolvere tutto con la consuetudinaria dilatazione del collo; farla anche quando ci siano nella storia chiari precedenti flogistici lontani (tubercolosi) o vicini (blenorragia).

Nella dismenorrea, nella sterilità, nelle ipoplasie, vedere solo il fattore meccanico della stenosi del collo, invece di tener conto delle eventuali lesioni annessiali, dello stato generale, delle disfunzioni endocrine, dell'anamnesi minuziosa anche prepubere.

Usare troppo spesso la sonda uterina, quando non ce n'è bisogno; usarla male, senza sterilizzarla, senza mettere allo scoperto il collo, non tenendo conto dell'angolo di flessione dell'utero o con violenza fino a perforarlo; usarla quando è controindicata, come nei processi infettivi acuti e nel sospetto di gravidanza.

Iniettare dentro l'utero sostanze medicamentose irritanti o caustiche o sotto forte pressione.

Fare il raschiamento dell'utero senza netta indicazione, per esempio per guarire dei dolori nei quadranti inferiori dell'addome, magari dovuti ad un'annessite, o per vincere una leucorrea dovuta ad una cervicite o per far cessare una emorragia dovuta a gravidanza extra-uterina; farlo quando è controindicato, come nei processi infettivi acuti genitali, sia delle vie basse che dell'utero o degli annessi; farlo senza seguire una

tecnica corretta; senza asepsi; perforare l'utero, sia per la violenza, sia per non arrestarsi in tempo nei casi d'infiltrazione diffusa neoplastica della parete; farlo ambulatoriamente.

Nei raschiamenti a scopo diagnostico trascurare di eseguire o far eseguire l'esame microscopico dei frammenti di tessuto asportati.

Nella biopsia del collo prelevare un frammento di tessuto non malato; nei casi dubbi non riprovarci.

Nella leucorrea, limitarsi a prescrivere lavande vaginali senza avere individuato la sede di essa e la natura.

Limitarsi ad emettere una diagnosi di *colica*, di fronte ad una crisi peritoneale acuta, che può essere da gravidanza extra-uterina, da necrosi o da torsione sul peduncolo di un tumore, da rottura di un piosalpinge, da appendicite, ecc.; *in tale mancanza di diagnosi*, somministrare purganti, enteroclismi voluminosi, fare applicazioni calde sul ventre, dare preparati emostatici, tipo segale e derivati, eseguire ripetuti e rudi esami vaginali, sondare l'utero e fare raschiamenti (nell'attesa che sia posta la diagnosi, meglio il ghiaccio sul ventre ed astenersi da qualunque trauma locale; non disturbare l'intestino; per i dolori ricorrere agli oppiacei).

Nei tumori addominali polarizzarsi troppo nella genesi genitale, dimenticando la possibilità d'insorgenza da altre sedi. Dimenticare il sussidio che viene dalla radiografia in casi di dubbi diagnostici fra tumore e gravidanza oltre alla prima metà.

Consigliare una fibromatosa ad attendere dalla menopausa la sua guarigione, senza ricordare che nei fibromi la menopausa suole tardare di molti anni e il tumore nel frattempo può continuare a crescere e dissanguare la donna.

Dimenticare che è possibile la associazione del fibroma con un tumore maligno dell'endometrio, o la trasformazione maligna sarcomatosa.

Di fronte ad una massa carnosa occupante la vagina, non ricordare di porre la diagnosi differenziale con la inversione.

Credere sempre semplice l'asportare un polipo fibroso dell'utero, senza averne prima identificato il peduncolo; insistervi anche quando è impiantato a larga base; accanirsi a tirare fino a provocare una inversione; e non possedere competenza, assistenza, attrezzamento, per completare l'intervento necessario (isterectomia).

In un fibroma o in un tumore ovarico complicanti la gravidanza proporre o, peggio, eseguire la provocazione dell'aborto.

Consigliare la radio-terapia in luogo dell'operazione, indistintamente a tutte le donne fibromatose, senza discernimento dei casi in cui non è indicata.

Sconsigliare il tentativo della radio-terapia ad una cancerosa inoperabile (se un risultato brillante definitivo c'è solo nel 20 % dei casi, è già qualche cosa di fronte ad una donna che era fatalmente condannata; ma è già un bene, se pure transitorio, il poter sopprimere le perdite emorragiche e fetide).

Non precisare la fonte della emorragia genitale, confondendo casi di emorragia dai genitali esterni con le vere metrorragie (pag. 87).

Nelle metrorragie delle giovani ostinarsi con cure emostatiche comuni lasciando arrivare a gradi estremi di anemia, senza ricordare l'utilità della opoterapia, del raschiamento, della radioterapia, (splenica, ipofisaria, ovarica).

Nelle metrorragie senza causa anatomica, dimenticare la possibile genesi sifilitica.

Nelle congestioni pelviche dimenticare la importanza del fattore sessuale (eccitazioni, coito interrotto).

In tema di metrorragie, oltre a non ricercare la causa, insistere in cure ricostituenti, sopratutto arsenicali-ferruginose, senza aver eliminata prima la fonte emorragica (pag. 297).

Non pensare subito alla possibilità di un tumore maligno quando ricompaiono delle emorragie genitali dopo la menopausa; dimenticare che pure perdite sierose o mucose in tale epoca devono mettere in sospetto.

Non dare importanza alle perdite sanguigne intermestruali (esse sono sempre patologiche; talora saranno solo dei polipi mucosi o degli aborti, ma possono essere il primo segno di un cancro).

Non dar peso alle emorragie genitali dopo i traumi locali (p. es. coito), dimenticando che esse segnalano la esistenza di stati patologici del collo, che possono anche essere neoplastici.

Di fronte ad una donna la cui anamnesi faccia sospettare un cancro dell'utero (emorragie dopo la menopausa) tranquilizzare se stesso ed i famigliari, perchè il collo è sano nella parte visibile, senza ricordare che ci possono essere i cancri del canale cervicale e del corpo (pag. 9).

In tema di cancro: fare prescrizione di emostatici, di lavande vaginali senza premettere l'esame genitale; eseguire l'esame ginecologico senza sufficiente competenza; in casi di dubbio, o per il tipo della lesione, o per la limitazione delle proprie conoscenze specifiche, non richiedere il parere di un esperto ginecologo; non ricorrere alla biopsia; insistere in medicazioni locali; attendere per sospettare il cancro che compaia una grossa forma vegetante o si formi una vasta caverna; oppure aspettare che compaiano perdite fetide e dolori.

Dare troppo peso alla comune erosione semplice della *portio* ed accanirsi in medicazioni topiche, talora superflue; non differenziare invece una forma tubercolare o sifilitica; non riconoscere un'ulcera cancerosa, perchè dimentichi che il problema può essere risolto con una biopsia o ricorrendo al parere di un competente.

Prescrivere delle applicazioni calde sull'addome in casi di annessiti acute, di peritoniti, di gravidanza extrauterina, di tumori ovarici torti sul peduncolo, di crisi da suppurazione di cisti o da necrosi di fibromi, in genere nelle crisi peritoneali ginecologiche (ne viene sì una tregua al dolore, ma si peggiora o si diffonde la malattia al dolore si provveda con i vari analgesici e sul ventre invece del caldo si metta il ghiaccio).

Seguitare ad applicare il ghiaccio sull'addome, anche a molta distanza dalla crisi acuta, dopo lo sfebbramento (pag. 338).

Lasciare alzare le malate troppo presto dopo superata una crisi peritoneale o annessiale acuta.

Fare interventi endouterini (sondaggi, medicazioni, raschiamenti) quando esistono processi flogistici in atto delle vie genitali, o quando vi sia una gravidanza, sia intra- che extra-uterina.

In una vulvo-vaginite delle bambine pensare subito e solo alla blenorragia senza precisare la diagnosi batteriologica (pag. 158).

Insistere nei tentativi di ridurre una retroflessione flogistica fissa, fino a lacerare le aderenze; tentare o compiere la riduzione nel corso di processi flogistici in atto.

Applicare un pessario vaginale senza prima aver ridotto l'utero; non toglierlo al primo comparire di dolori o di rialzi febbrili.

Questo *memento di quello che il medico pratico non deve fare nel campo ginecologico* è ben incompleto, se pur già lungo.

Ad ogni modo se, nel suo esercizio professionale, il lettore si ricorderà almeno di codesti precetti elementari, sarà già raggiunto uno degli scopi, che si proponeva questo piccolo libro di volgarizzazione della moderna ginecologia; e con tale augurio l'autore si congeda dai colleghi per cui ha lavorato.

INDICE ALFABETICO DELLE MATERIE

Dove ci sono più numeri, quello ***in corsivo*** *indica la pagina dove l'argomento è più specialmente svolto.*

A

Pag.

Abbigliamento della donna 286
— per le visite ginecologiche 33
Aborti misconosciuti 91
— pregressi 26
Aborto provocato nei fibromi 346
— — nei tumori ovarici 351
— tubarico 254–257
— — cura 355
Accorciamento leg. rotondi 327
Actinomicosi 197
Aderenze epiploiche 112
Adenoma dell'utero 226
Adenocarcinoma dell'utero 222
Adenomiosite retto-vaginale 213
Aderenze di tumori ovarici 238
— postumi di annessite 173
— — (cura) 342
Adenomiomi 210
— sintomi 212
— cura 344
Adenomiometrite 210
Adenomioma cervicale 211
Adenomiomi tubarici 175
Aderenze intestinali 174
— diagnosi radiografica 78
Addome (pareti) 41
Ago di Landau 339
Allungamento longit. del collo 140
Amenorrea 18–80–*83*
— da sifilide 196
— nella tubercolosi 193
— cura della 293
Amputazione del collo 318–334
— sopravaginale 343–348
Analgesici (nella dismenorrea) 302
Anamnesi ginecologica 14
Anestesia 290
Annessiectomia 342–355
Annessiti 118–*169*–174
— (cura) 338
— — e gravidanza 268–357
Ano vestibolare 132
Anteposizione dell'utero 138
Antiflessione acuta 147
— cura 307
Antiversione 149
Apiolo 293
Appendicite 106–178

Pag.

Appendicite e annessite 170–276
Appendicite dismenorroica 277
Applicazioni fredde sul ventre 338
— calde sul ventre 340
Ascesso del Douglas 178
— dell'ovaio 170
Ascite nei tumori 245
Ascoltazione addominale 44
Asepsi nell'esame ginecologico 46
— nelle operazioni 288
Assenza delle ovaie 128
— della vagina 125
Associazioni morbose extra genitali ... 276
— plurineoplastiche 271
Astenia 141
— universale 102
Atresia genitale 124
— uterina 192
Atrofia genitale da allattamento 250
— da menopausa 96
Atteggiamento delle dita 48
Attinoterapia nelle annessiti 341
— nel cancro 348
— nel fibroma 344

B

Pag.

Bartolinite 135
— (cura) 331
Biotipo 38
Biopsia 72
Blenorragia 186
— (cura) 343

C

Pag.

Cancro dell'utero 2–92–94–*219*
— sintomi 220
— decorso 221
— del corpo 10–70–*222*
— dell'ovaio 236
— della tromba 175
— e tumori ovarici 272
— (cura) 347
— dell'utero in gravidanza 267
— della vagina 137

Pag.
Cancro della vulva ... 132
Cancro della vulva (cura) ... 331
Candelette endouterine ... 338
Castrazione attinica ... 297
Castrocaro ... 340
Cateterismo vescicale ... 79
Causticazioni endouterine ... 296–337
Causticazione del collo ... 312–313–336
Cervicite ... 161
— (cura) ... 334
Cellulite pelvica ... 180
Cisti ovarica simulata da vescica piena 34–35
— tubo-ovarica ... 176
— ovarica da ritenzione ... 229
— dermoidi ... 232
— del Bartolini ... 136
— — (cura) ... 331
— luteiniche ... 229
— del paraovaio ... 231
— multiple follicolari ... 229
— vaginali ... 136
— — (cura) ... 331
Cistite ... 279–284
— (cura) ... 357
Cistocele ... 139
Cistomi ghiandolari dell'ovaio ... 234
— sierosi ... 235
Cistopessi ... 317
Cistoscopia ... 79
— nel cancro dell'utero ... 221
— nelle fistole vescicali ... 282
Clitoride ... 131
Cloruro di calcio ... 295
Coccigodinia ... 108
— cura della ... 303
Coito doloroso ... 29
Coliche uterine ... 109
Colpite – V. *vulvo-vaginite*
Colpoperineo-plastica ... 318
Colporafia anteriore ... 317
— mediana ... 320
Colpotomia ... 339–353–354
Complicazioni dei tumori ovarici ... 238
Condilomi piani ... 194
Condilomi acuminati ... 136–160
— (cura) ... 331
Congestione pelvica ... 86
Conglutinazione delle piccole labbra . 124
Corionepitelioma ... 68–262
— (cura) ... 356
Corno rudimentario gravido ... 260
Corpi estranei nel peritoneo ... 154
— — nella vescica ... 284
Corpo luteo ... 23
Criptorrea ... 82
Cucchiaio ginecologico ... 65
— per aborto ... 66
Cura della amenorrea ... 292
— della ipoplasia uterina ... 307
— della menorragia ... 294
— della metrorragia ... 298
— della sterilità ... 305
— della dismenorrea ... 301
— del prolasso ... 315
— della retroflessione ... 321
— delle vulvovaginiti ... 332
V. inoltre *le singole malattie.*
Cure post-operatorie ... 291
— pregresse ... 28

Pag.
Curieterapia ... 348
V. anche *radioterapia.*
Cutireazione ... 193

D

Pag.
Decidua nella gravidanza tubarica ... 258
Deflorazione ... 153
Deiscenza della ferita operatoria ... 292
Deontologia ... 1–10
Dermoidi dell'ovaio ... 232
Diaframma pelvico ... 141
Diagnosi dei tumori uterini ... 117
Diatermia nella amenorrea ... 293
— nella annessite ... 341
— nella dismenorrea ... 302
— epatica post-operatoria ... 290
Disfunzioni endocrine ... 89
Dilatatori di Hégar ... 66
Dilatazione del collo ... 308
— della vulva ... 305
Discissione del collo ... 308
Disinfettanti vaginali ... 300
Dismenorrea ... 101
— cura ... 301
— membranosa ... 104
— — cura della ... 303
Dispareunia ... 113
— cura ... 305
Disinfezione delle mani ... 288
— del campo operatorio ... 288
— del materiale di medicazione ... 289
Distrofia adiposo-genitale ... 20–84
Disturbi vescicali ... 31
— — nel prolasso ... 144
— della menopausa ... 95
— — cura ... 299
Dolore ... 30–*105*
— intermestruale ... 111
— nel fibroma ... 205
— nel cancro ... 220–224
— — (cura) ... 349
— sacrale ... 107
— nell'appendicite ... 106
— nell'annessite ... 172
Duplicità dell'utero ... 126

E

Pag.
Echinococco ... 197
— della milza ... 244
Ectropion ... 155–162
— (cura) ... 312–313
Edema della vulva ... 135–246
— (cura) ... 331
— bolloso della vescica ... 221
Elefantiasi ... 134
— (cura) ... 331
Elevatore dell'ano ... 141
Elioterapia nella sterilità ... 306
— nelle annessiti ... 341
Ematocele retrouterino ... 178–254
— diagnosi ... 258
— cura ... 353
— solitario ... 254
Ematocolpo ... 125
— cura ... 314
Ematoma dell'ovaio ... 231
— vulvo-vaginale ... 246

Pag.
Ematoma (cura) 332
Ematometra 82–125–248
— cura 314
Ematosalpinge 82
Ematosi 39
Ematuria 283
Embriomi 233
Emmenagoghi 293
Emoperitoneo 255–258
Emorragie endocistiche 240
— secondarie postoperatorie 290
— (cura) 354
— traumatiche 97
— nel cancro uterino ....
— (cura) 350
— ovariche 261
— vescicali 87–88
Emostatici 295
Endocrinopatie 89
Endometriomi 102–*214*
— ovarici 231
Endometrite 163
— emorragica 165
— (cura) 337
— senile 94
— tubercolare 164–192
— poliposa 166
— post–abortiva 250
— ghiandolare 165
Endoscopia uterina 70
Enervazione dell'ovaio 303
Ernia post–laparotomica 292
Enterorragie da grav. ext. 256
Epiploon (tumori dell') 244
Ereditarietà 17
Ernia inguinale 134
— dell'utero 153
— degli annessi 153
Erosione della *portio* 8–162
— istologia della 72
— (cura) 336
Errori deontologici .. 2–3–4–5–6–7–9–11–12
— del medico pratico 360
— diagnostici 6
— nei tumori addominali 105–109–116
144–230–242–243–244–271
— nella gravidanza extrauterina 27–64
110–230–259–260
— nella metrorragia 87–88
— nel raschiamento 69–73
Esame addominale 40
— combinato 50
— genitale 44
— rettale 54
— strumentale 54
— vaginale 48
— — a distanza 7–*11*–105
Esami microscopici 69–73
Esame obiettivo 33
— direttive nello 33
— — generale 36
— costituzionale 38
— in narcosi 3–61
Estiomene 134
— (cura) 332
Estratti ovarici 295
Estrofia vescicale 128
Età 18
— critica 95

F

Pag.
Facies ovarica 39
— peritoneale 39
Fanghi nelle annessiti 340
Fibroma della vulva e vagina 132
— (cura) 332
— dell'ovaio 237–243
— uterino 36–*198*
— (cura) 344
— interstiziale 248
— cervicale 206
— sottoperitoneale 199
— sotto-mucoso 11–105–199–225
— sotto-sieroso 199
— sterilità nel 206
— necrosi dei f. 201
— frequenza 203
— sintomi 203
— diagnosi 207
— disturbi urinari 206
— decorso 207
— degenerazione in sarcoma 202
Fibromi in gravidanza 200–265
— e cancro 200–272
Fistole retto vaginali 156–313
— (cura) 313
— vescicali 26–280
— (cura) 357
— cervico-vescicali 281
— (cura) 357
— ureterali 282
— (cura) 359
Flogosi genitale 120
Fluor 99

G

Pag.
Gelatina emostatica 295
Ghiaccio sul ventre 338
Ginnastica ginecologica 287–293
Glicogene nella vagina 97
Gomma sifilitica vulvare 194
— dell'utero 195
Gonococco 185
Gonorrea 185
— cronica 187
— e ipoplasia genitale 188
Gravidanza dopo annessiectomia 12
— e tubercolosi annessiale 269
— e fibromi 265
— e tumori ovarici 240–265
— in corno rudimentario 260
— in utero prolassato 144
— associazioni flogistiche–neoplastiche. 274
— extrauterina 4–5–14–64
65–92–110–*251*
— — cause 252
— — cura 352
— — dolore nella 109
— — evoluzione 253
— — emoperitoneo da 255
— — esiti 255
— — in atto 256
— — recidiva 261
— — scambiata per sarcoma 64
— — — per avvelenamento 260
— — — per colera 260
— — suppurazione 256
Guanti di gomma 47

I

Pag.
Idrocele 135
— (cura)........................... 332
Idrosalpinge 176
— profluente 98
Igiene della pubertà 285
— del matrimonio 286
Ileo post-operatorio 292
Imene (persistenza dell') 153
— impervio 124
Impervietà dell'imene 124
Incontinenza 280
Infantilismo genitale 120
— uterino 130
Infezione gonococcica 185
Infezioni puerperali 26
Iniezioni endovenose di urotropina ... 291
Innesto dell'ovaio 294
Innondazione peritoneale..... 354–255–258
Insufflazione delle trombe 74
Intossicazioni varie nella amenorrea . 84
Invasione coriale dell'utero 251
Inversione uterina 145
— cura 321
— uterina da fibroma 207
Involuzione uterina post-natale 81
Iperinvoluzione uterina 250
Ipermenorrea 80
Ipersurrenalismo 88
Ipertiroidismo 89
Ipertrofia longitudinale del collo 143
— (cura) 318
— uterina nel fibroma 198
Ipoovarismo 90
Ipoplasia ovarica 130
— uterina 128
— cura della 307
Irradiazione della milza 298
V. pure *Radioterapia*.
Iscuria paradossa 31–280
Isterectomia addominale 345
— vaginale 347
— Wertheim 347
Isterometria 58
Isteropessi pelvica 325
Istologia ginecologica 69–73

K

Pag.
Kraurosi vulvare 134
— (cura) 331

L

Pag.
Lacerazioni dei fornici 310
— (cura) 310
— del collo 155
— (cura delle) 311
— genitali 25
— perineali 156
— (cura delle) 313
Landau (ago di) 339
Laparotomia esplorativa 64
Lavande endouterine 337
— vaginali 300
— — risolventi 340
Legamenti rotondi (accorciamento)... 327
— uterini 141
Pag.
Leiomiomi 198
V. *Fibromi*.
Leucoplasia vulvare 135
— (cura) 332
Leucorrea 25–*97*
— (cura) 300
Lipiodol in ginecologia 76
Litopediom 261

M

Pag.
Macule di Sänger 160
Malattie generali 27
— infantili 18
— infettive nell'infanzia 83
Malconformazioni dei genitali esterni. 124
— dei genitali interni 126
— (cura) 314
Malignità dei tumori ovarici 245
Masturbazione 154–284
Materiale di medicazione 289
Medicazione post-operatoria 291
Medicazioni endouterine 337
Menopausa (disturbi della) 95
— (cura) 299
Menorragie 36–80–*85*
— (cura) 294
Mestruazione (durata) 21–85
— fisiologia della 23
— grafica 22
— (igiene della) 286
— prima mestruazione 20
— ritmo 85
— ultima 24
— precoce 80
— deviata 81
— vicariante, complementare 81
Mesentere (tumori del) 243
Metrite 167
— (cura) 338
— emorragica 168
— — cura della 299
Metropatia emorragica 168
Metrorragia 80–*87*
— cura della 298
— della menopausa 93
— della pubertà 88
Metrorragie da sifilide 196
Metroperitonite 167
Migrazione ovulare 252
Milza ectopica 116
— migrante 244
Minzione eccessiva 279
— dolorosa 280
Miomectomia 344
Miomi 198
V. *Fibromi*.
Modificazioni premestruali della mucosa uterina 21
— gravidiche dei fibromi 200
Mola destruente 249
— vescicolare 24–68–*248*
Molimina mestruali 85
— (cura) 294
Morbo di Addison 84
— di Flaiani-Basedow 84
Mucosa uterina (modificazioni premestruali) 21
Mughetto vulvare 158

N

Pag.

Narcosi ... 290
— esame in ... 61
Necrosi dei fibromi ... 201
Necrobiosi rossa dei fibromi ... 202
Necrosi di tumori ovarici ... 239
Norme generali ... 1
— deontologiche ... 1

O

Pag.

Obesità ... 37–42–96–115
— da menopausa ... 96
Occlusione della tromba ... 186
Oligomenorrea ... 85
— cura della ... 294
Oligospermia ... 305
Operabilità dei tumori ovarici ... 352
Operazione di Alfieri ... 324
— di Pozzi ... 309
— di Pestalozza nel prolasso ... 315
— — nella retroflessione ... 325
— di Strassmann nell'utero bicorne ... 315
Opoterapia ... 90
— ovarica ... 82
— nella amenorrea ... 293
— nella menorragia ... 295
Opsomenorrea ... 80
Ottusità addominale ... 43
Ovarite sclerocistica ... 86–*228*
Ovarosalpingite ... 169
Ovaio:
— cancro ... 236
— cisti da ritenzione ... 229
— — dermoidi ... 232
— cistomi ghiandolari ... 234
— ematoma ... 231
— emorragie dall' ... 261
— fibroma ... 237
— mancanza ... 128
— papillomi ... 235
— prolasso ... 128
— sarcoma ... 238
Ovarite sclerocistica ... 228
Ovuli di Naboth ... 72
— antifecondativi ... 287
— vaginali ... 301–340
Oxiuris vermicularis ... 198

P

Pag.

Palpazione addominale ... 41–52
Papillomi dell'ovaio ... 235
Paracentesi ... 62
Parametrite (diagnosi) ... 179
Parametrite ... 180
— cura ... 338
— decorso ... 184
— diagnosi ... 183
— eziologia ... 181
— sintomi ... 182
Parovaio ... 122
— cisti del ... 231
Perdite bianche vaginali ... 25–97
Perforazione dell'utero ... 154
— (cura) ... 310
Pericoli della sonda uterina ... 60
Perimetrite ... 177
Peritonite ... 343
— pelvica ...
— diagnosi ... 178
— etiologia ... 177
— esiti ... 179
— saccata ... 244
— — cura ... 338
Permeabilità delle trombe ... *74*–307
Pessari antifecondativi ... 4
Pessario endouterino ... 309
— vaginale nel prolasso ... 315
— — nella retroflessione ... 322
Pinza di Landau ... 339
Piocele ... 170–190
Piometra ... 98–164–192
— nel cancro ... 221–223–225
Piosalpinge ... 169
— rottura di ... 109
Piscidia ... 303
Plastica perineale ... 318
Pneumoperitoneo ... 76
Pollachiuria ... 31–279
Polipi cervicali ... 49–*215*
— (cura) ... 346
— uterini ... 166–215
— nei fibromi ... 277
— mucosi ... 92
— in gravidanza ... 267
— uretrali ... 132
— cura ... 321
Polipo fibroso dell'utero ... 207
— — differenz. dalla inversione ... 145
Polipo placentare ... 250
Posizione genu-pettorale ... 46–322
— laterale ... 43
— lombo-dorsale ... 46
— sacro-dorsale ... 45
Posizione di Trendelemburg ... 40–43
— — Dorello ... 42
Postumi di annessite ... 171–173–175
— della parametrite ... 184
Pratiche anticoncezionali ... 86–287
Precedenti ginecologici ... 27
Profilassi delle menorragie ... 297
— ginecologica ... 285–287
Prognosi ... 12
Proiomenorrea ... 80
Prolasso dell'ovaio ... 128
— dell'uretra ... 132
— cura ... 320
Prolasso dell'utero ... 14–28–*139*
— cura ... 315
Protargolo ... 333
Prurito vulvare ... 113
— cura del ... 304
Ptosi viscerale ... 108
Pubertà, igiene della ... 285
Puntura esplorativa vaginale ... *63*–258
Purgante ... 290

R

Pag.

Radiografia delle trombe ... 76
— ginecologica ... 77
Radioterapia ... 28
— nelle menorragie ... 297
— nel prurito vulvare ... 304
— nella sterilità ... 306

Pag.
Radioterapia nel fibroma 344
— nel cancro 348
Raggi ultra-violetti nella amenorrea... 293
— nella annessite.................... 341
Rapporti sessuali 5-29-113
Raschiamento endouterino 65
— — nelle menorragie............... 296
— — metrorragie.................... 298
— — nella stenosi cervicale 309
Recidiva di gravidanza extrauterina . 261
Rene mobile 283
— pelvico 244-283
Resezione cuneiforme del collo....... 335
— — del fondo (Kelly) 299
— del nervo presacrale 303
Resistenza della parete addominale ... 52
Reticenza femminile.................. 3-4
Retroflessione 150
— sintomi generali 152
— cura.............................. 321
— flogistica........................ 150
— — (cura) 323
— rigida (cura)..................... 323
— traumatica 151
— dell'utero gravido................ 260
Retroposizione dell'utero 138
Retroversione....................... 150
Rettocele 139
— cura del 320
Rettoclisi 290
Riattivazione della blenorragia 188
Ricostituenti nelle menorragie 297
Riduzione dell'utero retroflesso 391
Riposo nelle flogosi 340
Ritenzione dell'urina 279-291
— (cura) 357
Rossetto 39
Rottura della tromba gravida 254
— di cisti ovariche.................. 239
— del fornice vaginale 154
— incompleta dell'utero............. 184
Rovesciamento dell'utero 145
Rubin (metodo di)................. 70-74

S

Pag.
Sactosalpinge 169-170
— confluente 190
Salasso nella oligomenorrea 294
— nella menorragia 295
— — menopausa..................... 300
Salice 340
Salpingite.......................... 169
V. pure *Annessite.*
— nodosa istmica.................... 175
— papillare......................... 191
Salpingografia 75-76-77
Salpingostomia 306
Salsomaggiore 340
Sanguisuga in vagina 49
Sarcoma dell'utero 227
— (cura)............................ 347
— della vulva....................... 133
— ovarico 233-238
Scelta della mano.................... 47
Schemi ginecologici 53
Sclerosi luetica del collo uterino 195
Scucchiaiamento delle masse cancerose 250
Sedimentazione delle emazie.......... 258
Segno di Hégar 246
Senilità 96
Setti vaginali 126-276
— cura 314
Sifilide genitale 194
— dell'utero 195
— dell'ovaio 196
Sifiloma della vulva................. 194
— dell'utero 195
Simpatectomia ipogastrica 303
Siringa di Braun 337
Sonda di Playfair 296-338
— uterina 58
— nella riduzione dell'utero 322
Speculum 57
Stasi alla Bier 336
— pelvica 157
Stenosi cervicale 83-148
— cura della 307
Stenosi cicatriziali vaginali.......... 83
— da malattie infettive.............. 160
— cura delle 310
Sterilità 119
— cura della 305
— tubarica.......................... 173
— — cura 342
— nei fibromi....................... 206
Struma ovarico 234
Subinvoluzione uterina 249
— (cura)............................ 356
Suppurazione dell'ematocele 256
— di cisti ovarica................... 239
Sviluppo infralegamentoso dei fibromi. 200

T

Pag.
Tacchi alti......................... 108
Tamponamento vaginale 295
Tavolo operatorio 289
Tecnica operativa (generalità di)...... 288
Terapia ginecologica................. 285
Teratomi ovarici 233
Termocoagulazione.................... 336
Tifo (ulceri vaginali nel) 160
Tolleranza dei tumori 114
Torsione del peduncolo 238
Trachelorafia 311
Trapianto dell'ovaio 294-306
Trauma vaginale 87
Trazioni sull'utero 61
Tromba (insufflazione) 74
— cancro della 175
V. pure *Annessite.*
Tubercolosi genitale 19-84-176-*189*
— cura 42
— — latente......................... 193
— annessiale e gravidanza............ 270
— del collo 192
Tumore di Kruckenberg 277
— ovarico in gravidanza 240-266
Tumori ovarici (diagnosi)............ 242
— e cancro dell'utero................ 270
— pararenali 244
— parietali.......................... 115

U

Pag.
Ulcera molle 135
— (cura). 332
Ulceri da decubito nel prolasso. 142
Utero bicorne 127–275
— unicorne: 127–271
— (cura). 315
Utero fetale 129
— infantile. 148
V. *Fibromi*, *Retroflessioni*, ecc.

V

Pag.
Vaccino 333–343
Vagina artificiale 314
Vaginismo. 30–114
— (cura) 304
Vaginoscopia 159
Valve vaginali 55
Varici genitali in gravidanza 246
Varicocele pelvico 157
— cura del 300
Ventrofissazione dell'utero 316–324
Verginità. 153
Vescica:
— (corpi estranei in). 284
— (errori dovuti a ripienezza della). . . . 34
— modificazioni della (nel prolasso) . . 431
— — nel cancro. 221
— — nel fibroma 206
V. *Cistite*, ecc.
Viburnum prunifolium 303
Vita sessuale. 29–113
Vulvo-vaginiti 159
— delle bambine 158
— delle vecchie 160
— in gravidanza 268
— cura 332

Manuali e Monografie delle Collane del "POLICLINICO,,:

Dott. Prof. PAOLO GAIFAMI

Docente di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Roma

PRONTUARIO DI TERAPIA OSTETRICA

Vademecum del Medico Pratico

(SECONDA EDIZIONE, RIVEDUTA E AMPLIATA)

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA

Un volume di pagg. XII-314, in formato tascabile, nitidamente stampato su carta distinta con 105 figure intercalate nel testo ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile.

Prezzo: L. **28**

Dott. Prof. O. VIANA

Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona

GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE

Prefazione del Prof. N. PENDE

Un volume in 8°, di pagine VIII-176, nitidamente stampato in carta semipatinata.

Prezzo: L. **18**

Dott. Prof. R. BOMPIANI

Docente e Assistente nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma

L'ETÀ PUBERE NELLA DONNA

Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale.

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA

Un volume di pagine VIII-128, niditamente stampato su carta semipatinata con una grafica e 6 figure nel testo. — Prezzo: L. **16**

Prof. F. LA TORRE

IL FORCIPE

Seconda edizione riveduta e aggiornata dal Prof. PAOLO GAIFAMI

Un volume in 8° di pagg. IV-132 nitidamente stampato su carta semipatinata, con 62 figure intercalate nel testo. — Prezzo: L. **24**

Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA

Medico della Famiglia Reale - Direttore e Primario del Preventorio per lattanti "E. Maraini,,
Medico Primario nell'Ospedale infantile "Bambino Gesù,,
Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Roma

CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata

Prefazione di AUGUSTO MURRI

Un volume di pagine VIII-488, nitidamente stampato, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. — Prezzo: L. **36**

Prof. Dott. MARIO FLAMINI

Docente di Clinica Pediatrica nella R. Università - Direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma

MANUALE DI PEDIATRIA PRATICA

Terza edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata

Un volume in 8°, di pagg. XII-452 nitidamente stampato su carta semipatinata con 118 figure intercalate nel testo. — Prezzo: L. **55**

:: :: Per ottenere quanto sopra inviare cartolina-vaglia all'Editore LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 – Roma :: ::

SUFFICIT

ANIMUS

PREZZO L. 68